



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur des soins

Promotion 2002

**LA PRISE EN CHARGE GLOBALE,
NOTION FEDERATRICE DU PROJET DE
SOINS : QUELLE STRATEGIE POUR LE
DIRECTEUR DES SOINS ?**

Muriel KARASOGLU

Je remercie toutes les personnes qui m'ont apporté une aide au cours de ce travail, en particulier :

Gonzalo Alvestegui, sociologue, chargé d'étude à l'ENSP pour son éclairage théorique,

Geneviève Page, Directeur des Soins, pour son soutien méthodologique,

Nadine, pour son aide logistique,

Mes collègues, les intervenants, les équipes qui m'ont permis d'échanger et qui ont apporté leur collaboration dans la réalisation de ce mémoire,

Et enfin, ma petite famille, Mélody et Mélissa

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1 - CHAPITRE PREMIER : LE CADRE DE LA PROBLEMATIQUE.....	4
1.1 SITUATIONS DE SOINS.....	4
1.2 QUESTIONNEMENT.....	6
1.3 LE CADRE THEORIQUE.....	8
1.3.1 LA PRISE EN CHARGE GLOBALE.....	8
1.3.1.1 Aspect théorique.....	8
1.3.1.2 Aspect réglementaire.....	9
1.3.2 LES REPRESENTATIONS.....	11
1.3.3 STRUCTURE DE L'UNITÉ.....	14
1.3.4 MANAGEMENT DE L'UNITÉ.....	16
1.3.5 LES VALEURS.....	17
1.3.6 LE PROJET DE SOINS.....	18
1.4 HYPOTHESES.....	19
2 - CHAPITRE 2 : L'ENQUETE.....	21
2.1 LA METHODOLOGIE UTILISEE.....	21
2.1.1 L'ANALYSE DES PROJETS DES SERVICES DE SOINS INFIRMIERS.....	21
2.1.1.1 Les indicateurs retenus.....	21
2.1.2 LES ENTRETIENS.....	22
2.1.2.1 La population interviewée.....	22
2.1.2.2 Les thèmes abordés dans les entretiens.....	24
2.1.3 LES LIMITES METHODOLOGIQUES.....	24
2.1.3.1 De l'analyse des projets.....	24
2.1.3.2 Des entretiens.....	24

2.2	LES RESULTATS DE L'ENQUETE.....	25
2.2.1	L'ANALYSE DES PROJETS DE SOINS INFIRMIERS.....	25
2.2.1.1	<i>Les résultats de l'analyse des projets de soins infirmiers</i>	25
2.2.2	LES ENTRETIENS.....	29
2.2.2.1	<i>La connaissance du projet de soins infirmiers</i>	30
2.2.2.2	<i>L'existence d'un projet de service</i>	32
2.2.2.3	<i>Les valeurs et pratiques professionnelles</i>	33
2.2.2.4	<i>La notion de prise en charge globale du patient</i>	34
2.2.2.5	<i>Rôle de l'encadrement dans la prise en charge globale du patient</i>	36
2.2.2.6	<i>L'organisation et la structure de l'unité</i>	37
2.2.2.7	<i>Stratégie de la Direction des Soins</i>	39

3 - CHAPITRE TROIS : SYNTHÈSE ET ORIENTATIONS

	PROFESSIONNELLES.....	44
3.1	SYNTHÈSE.....	44
3.1.1	VALIDATION DES HYPOTHESES.....	44
3.1.1.1	<i>Première hypothèse</i>	44
3.1.1.2	<i>Seconde hypothèse</i>	45
3.1.1.3	<i>Troisième hypothèse</i>	46
3.1.1.4	<i>Quatrième hypothèse</i>	46
3.2	ORIENTATIONS PROFESSIONNELLES.....	47
3.3	DEVELOPPER UNE STRATEGIE DANS L'ELABORATION DU PROJET DE SOINS FAVORISANT LA PRISE EN CHARGE GLOBALE DU PATIENT	48
3.3.1	ELABORATION DU PROJET DE SOINS INFIRMIERS.....	48
3.3.1.1	<i>Place du projet de soins dans le projet d'établissement</i>	48
3.3.1.2	<i>Le Projet des valeurs</i>	50
3.3.1.3	<i>Proposition d'une charte</i>	51
3.3.1.4	<i>Implication de la Direction des Soins</i>	52
3.3.2	PHASE OPÉRATIONNELLE DU PROJET DE SOINS.....	54
3.3.2.1	<i>Proposition d'un axe d'amélioration : Favoriser la prise en charge globale du patient</i>	54
3.3.2.2	<i>Moyens d'évaluation de l'axe d'amélioration</i>	55

3.4	POSITIONNER L'ENCADREMENT DANS LA PRISE EN CHARGE GLOBALE DU PATIENT	57
3.4.1	LE CADRE ET LE MANAGEMENT STRATÉGIQUE.....	57
3.4.2	LE CADRE ET LE MANAGEMENT OPÉRATIONNEL.....	59
3.5	LES OUTILS D'ORGANISATION ET DE GESTION DES SOINS FAVORABLES A UNE PRISE EN CHARGE GLOBALE DU PATIENT	59
3.5.1	LE DOSSIER DE SOINS	60
3.5.2	LE RECUEIL DE DONNEES.....	60
3.5.3	LA FICHE DE LIAISON.....	62
3.5.4	LES TRANSMISSIONS	62
3.5.5	LA SECTORISATION.....	63
3.6	DONNER DU SENS AUX ACTIONS.....	63
	CONCLUSION.....	65

Liste des sigles utilisés

O.M.S. : Organisation **M**ondiale de la **S**anté

S.R.O.S.S : Schéma **R**égional d'**O**rganisation **S**anitaire et **S**ociale

C.S.S.I. : Commission du **S**ervice de **S**oins **I**nfirmiers

I.G.E.Q.S.I. : Instrument **G**lobal d'**E**valuation de la **Q**ualité des **S**oins **I**nfirmiers

D.S. : Directeur de **S**oins

A.N.A.E.S. : Agence **N**ationale d'**A**ccréditation et d'**E**valuation en **S**anté

INTRODUCTION

L'hôpital a connu une importante évolution ces trente dernières années. Cette évolution a induit un changement dans les pratiques professionnelles et dans la prise en charge du patient.

Dans la Loi Hospitalière du 31 juillet 1991, il est demandé aux Etablissements de Santé de **“ commencer par une évaluation des pratiques professionnelles, des modalités d'organisation des soins et de toute action concourant à une prise en charge globale du patient ”**¹. Dans l'avant propos du rapport du Haut comité de la Réforme Hospitalière, Bernard DEVULDER, alors Ministre du Travail et des Affaires Sociales, insiste sur le nécessaire recentrage du dispositif d'offre de soins d'hospitalisation **“ autour du malade dont les besoins doivent être mieux pris en compte ”**. Il convient de passer d'une prise en charge centrée sur la pathologie à une prise en charge pluridisciplinaire de la personne soignée.

Parallèlement, la profession soignante se détache progressivement d'un modèle calqué sur le modèle médical au profit d'un modèle infirmier centré sur les besoins de l'individu et nécessitant la création d'outils propres : dossiers de soins, démarche de soins, évaluation des pratiques.

Les théories de soin se développent et en France, l'évolution se caractérise à travers les textes réglementaires. Ces définitions ne se veulent pas statiques, ni limitatives ; elles officialisent la reconnaissance par le législateur de l'existence des soins infirmiers. De nombreuses définitions se sont succédées dans les programmes d'enseignement des études d'infirmières notamment : 1972, 1979, 1992, et dans les lois relatives à l'exercice professionnel puis dans les décrets d'application dont le dernier du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession infirmière.

Comme nous pouvons l'observer à travers les écrits professionnels ou réglementaires que nous développerons plus tard dans ce travail, la notion **de prise en charge globale** est reconnue par tous, mais dans les pratiques, elle n'est pas toujours transférée. Ceci nous amène à nous interroger sur la représentation que les professionnels ont de la prise en

¹ Article L 710-4 de la Loi n°91-748 du 31 juillet 1991

charge globale du patient. Nous pouvons nous poser la question également sur le sens des valeurs d'une manière générale, et leur appropriation dans les pratiques de soins. Nous ferons référence à une phrase de Bernard Honoré : **“ les acteurs de santé travaillent dans des directions différentes dont les extrêmes sont la réparation et la prévention, la santé individuelle et collective, sans que leurs efforts puissent réellement se conjuguer par manque de concertation sur une prise en charge globale. ”**²

Une expérience de deux années dans la fonction de Directeur des Soins, l'opportunité d'un nouveau projet d'établissement à construire, m'ont amené à proposer une démarche dans l'élaboration du projet de soins infirmiers, lui-même inscrit dans une démarche institutionnelle dans le cadre du projet d'établissement.

A partir d'un document émanant de l'Agence Régionale d'Hospitalisation de Picardie, relatif aux recommandations pour l'élaboration des projets d'établissements, nous avons pu noter que le patient est **positionné au cœur du projet d'établissement et qu'une prise en charge globale du patient dans tous ses aspects (biologique, psychique, social) est à rechercher de manière prioritaire.**

Lors de l'élaboration de la politique de soins, une réelle difficulté a été soulevée par l'encadrement concernant la réflexion sur les valeurs et notamment celles portant sur la prise en charge globale du patient. Les cadres n'avaient pas la même représentation de cette notion et se mettre d'accord sur le sens des mots a été enrichissant mais nous a laissé interrogative. Définir les critères d'évaluation sous tendant ces valeurs a été une autre difficulté.

Le projet de soins validé et diffusé, nous avons pu nous rendre compte que les valeurs défendues par l'équipe d'encadrement et les équipes soignantes n'étaient pas transférées dans les pratiques de soins.

Ce cheminement nous a amené à nous intéresser à la notion de prise en charge globale, et à tenter de réfléchir sur les obstacles au transfert dans les pratiques professionnelles.

La bibliographie et les entretiens exploratoires réalisés auprès d'infirmières, d'aides soignantes et de cadres nous ont conforté dans ces observations.

² HONORE Bernard : colloque national des services de soins 17 septembre 2001 Palais du Luxembourg : nouveaux regards sur les professionnels de santé, quelles complémentarités professionnelles ?

Une des problématiques que doit résoudre le Directeur des Soins, est de faire en sorte que les valeurs véhiculées dans le projet de soins infirmiers soient transférées dans les pratiques professionnelles.

Pour mener notre étude, nous allons présenter le cadre de la problématique, puis l'environnement théorique dans lequel nous allons définir la notion de prise en charge globale, à travers l'histoire et la réglementation. Nous allons nous appuyer sur l'analyse sociologique pour aborder les représentations et les concepts de structures et d'acteurs et comprendre l'influence de l'organisation et du management sur ces représentations. Nous étudierons aussi le projet de soins infirmiers..

Cette réflexion nous permettra d'envisager la stratégie que le Directeur des Soins devra mettre en place pour permettre une prise en compte de la notion de prise en charge globale et son transfert dans les pratiques de soins.

L'enquête s'effectuera auprès de trois directions des soins infirmiers et l'analyse de trois projets de soins infirmiers, elle se poursuivra par des entretiens auprès de cadres de deux unités par établissement, avec des infirmières et des aides soignantes de ces unités.

Un troisième chapitre s'intitulera orientations professionnelles et fera suite aux résultats obtenus dans l'enquête.

1 - CHAPITRE PREMIER : LE CADRE DE LA PROBLEMATIQUE

La finalité de ce chapitre est d'approfondir le questionnement de départ pour aborder l'éclairage théorique qui nous permettra d'énoncer nos hypothèses de travail.

Il est important d'avoir une vision claire et précise de la notion de prise en charge globale, que celle-ci soit comprise et partagée par tous, qu'elle constitue une base de réflexion permettant de donner du sens au soin. Le projet de soin peut permettre de donner vie aux valeurs par la cohérence des propos, des écrits et des actes.

Si nous pensons que la prise en charge globale est une notion fédératrice dans le projet de soins infirmiers, il conviendra de la définir et nous avons pu repérer quelques situations de soins et de prise en charge de patients qui peuvent nous interpeller sur le transfert d'un certain nombre de valeurs dans les pratiques professionnelles.

1.1 SITUATIONS DE SOINS

1^{er} cas :

Madame D. 80 ans, pensionnaire d'une maison de retraite est hospitalisée pendant 10 jours dans le service de médecine pour altération de l'état général. Après une nette amélioration, le médecin du service autorise la sortie pour le lendemain. Les papiers sont préparés avec la lettre de sortie, les ordonnances, et l'ambulance est prévue pour le lendemain après midi à 14 heures. L'ambulance vient chercher Madame D. le lendemain et la ramène à la maison de retraite.

Constat : La sortie est prévue le samedi, la maison de retraite n'a pas été prévenue, le médecin traitant ne passera pas avant lundi. La famille vient le samedi pour voir Madame D. et constate qu'elle n'est plus dans le service. Cette famille qui avait prévu en accord avec la maison de retraite de prendre la dame quelques temps chez eux. Ces consignes avaient été notifiées par l'infirmière sur le dossier de soins au début de l'hospitalisation.

2^{ème} cas :

Monsieur G. 54 ans est hospitalisé en médecine pour stade terminal d'un cancer du larynx. Le traitement est essentiellement antalgique. De nombreux soins techniques sont prévus au cours de la journée comme dans la nuit. Monsieur G. a beaucoup de difficultés pour dormir malgré une aide médicamenteuse.

Constat : Lors de la transmission à l'équipe du matin, l'infirmière de nuit notifie sur le dossier infirmier : *Pas de souci.*

3^{ème} cas :

Madame L. 67 ans arrive aux urgences suite à une chute. Le diagnostic de fracture de l'avant-bras est posé et un plâtre est prévu. 2 heures après, madame L. quitte les urgences avec une voisine venue l'amener.

Constat : Madame L. est droitrière. Sa fracture se situe à droite. Elle vit seule, sa famille habite loin et sa voisine travaille dans la journée.

ANALYSE

Ces trois situations montrent que, malgré des soins de qualité, la prise en charge globale du patient n'a pas été prise en compte.

La prise en charge globale est une notion et non une valeur mais repose sur des valeurs, ce qui nous amènera à nous interroger sur le transfert des valeurs dans les pratiques de soins.

- Qu'est-ce qui empêche ce transfert ?
- Quels critères d'évaluation nous permettent de dire que la prise en charge globale est effective dans les pratiques de soins ?

En regard de ces différents exemples, nous pouvons déjà en poser quelques uns :

- Qualité du recueil d'informations permettant une connaissance de la personne, de ses habitudes de vie, de ses besoins, qu'ils soient d'ordre physique, psychologique, social ou culturel. Cette étape est importante dans la suite de la prise en charge. Ce critère est identifié dans le dossier de soins infirmiers et dans les transmissions écrites.
- Prise en compte des besoins spécifiques du patient : douleur ou fin de vie, toute souffrance pouvant faire intervenir un professionnel de santé. Ces besoins sont notifiés et le suivi assuré dans le dossier de soins infirmiers.
- Organisation de la sortie ou le transfert d'un patient : Dans le cas d'un transfert, s'assurer de transmissions complètes et lisibles sur la fiche de liaison qui suivra le

dossier du patient avec les courriers correspondants. Si le patient est dirigé vers une structure, s'assurer que cette structure puisse le recevoir.

1.2 QUESTIONNEMENT

L'interrogation que nous avons eu sur la stratégie d'élaboration et la mise en œuvre par le Directeur des soins du projet de soins infirmiers prend tout son sens. Celui-ci peut intégrer des outils pour permettre la progression mais une insatisfaction quant à la direction à prendre, du suivi de l'équipe d'encadrement et des équipes soignantes peut se faire sentir rapidement. Ce que nous appellerons pour l'instant "*la résistance au changement*" peut être analysée comme une méconnaissance et donc un transfert difficile dans l'opérationnalisation du projet de service.

Nous souhaitons approfondir au cours de notre étude le lien que les professionnels peuvent faire entre la notion de prise en charge globale et son transfert dans les pratiques professionnelles. Cette notion est importante mais comment les professionnels l'évaluent dans leur pratique ?

Que demandons-nous aux cadres en terme de résultats, que demandent-ils à leur tour aux professionnels au niveau des pratiques de soins ?

Quelles garanties se donnent-ils de privilégier cette prise en charge globale pour les patients de leur service ?

Ces réflexions nous amènent à nous poser la question suivante :

Pourquoi la prise en charge globale du patient, notion déterminante du projet de soins infirmiers n'est pas transférée dans les pratiques de soins ?

Nous nous intéresserons à plusieurs hypothèses :

La représentation que les équipes ont de la prise en charge globale permet l'appropriation et le transfert dans les pratiques professionnelles à travers des comportements adaptés.

Une réflexion préalable sur les valeurs notamment sur la notion de prise en charge globale fédèrent les acteurs dans une dynamique de changement.

Les caractéristiques de la structure de l'unité de soins et le management favorisent le transfert de la prise en charge globale dans les pratiques professionnelles.

La stratégie mise en place par le Directeur des Soins dans l'élaboration du projet de soins infirmiers favorise le transfert des valeurs dans les pratiques de soins

L'environnement théorique s'articulera autour de différentes notions :

- La prise en charge globale du patient
- Les représentations
- Structure et management de l'unité de soins
- Les valeurs
- Le projet de soins infirmiers

1.3 LE CADRE THEORIQUE

1.3.1 La prise en charge globale

1.3.1.1 Aspect théorique

La prise en charge globale de la personne soignée requiert la nécessité d'un travail commun à tous les membres de l'équipe soignante et médicale. Il convient de favoriser une progression par étapes successives afin d'aboutir à:

- L'adhésion aux concepts théoriques
- La création et l'utilisation d'outils comme le dossier de soins
- La démarche clinique dans la pratique quotidienne.

La pensée holistique, avec l'approche globale du patient permet d'aborder la richesse d'un ensemble. Comme la démarche anthropologique prônée par Marie-Françoise COLLIERE, l'approche globale resitue la personne dans son contexte de vie en essayant de le comprendre par rapport à ses croyances, ses valeurs et ses habitudes de vie. L'approche globale, c'est comprendre "**que le fil conducteur n'est pas fait d'un seul brin, mais que plusieurs fils tissent l'écheveau de la vie**"³

Une conception globale de la santé sous tend que "***l'homme est un être bio psycho social devant s'adapter à son environnement***"⁴

Il s'agit d'aider la personne à gérer son adaptation au milieu par des comportements favorables à sa santé. On s'occupera de toute la personne et non pas seulement de la maladie.

De ce fait, la relation avec le patient est fortement valorisée par les professionnels qui la considère comme indispensable à une prise en charge du patient.

Une conception de soin dite globale intègre les dimensions sanitaires, sociales, éducatives, environnementales. Cette politique de santé ayant pour but de faire évoluer de façon complémentaire les attitudes et les pratiques des professionnels de santé tient compte des orientations nationales et internationales. Nous pouvons citer en mai 1977, lors de sa 30^{ème}

³ COLLIERE Marie-Françoise Promouvoir la vie Paris Masson interéditions 1982 p 305

⁴ Guide du service infirmier n°1 série soins infirmiers : le dossier de soins B.O 85-7 bis

assemblée mondiale l'O.M.S. lançait l'objectif “ **santé pour tous** ” qui ouvrait la voie à une approche différente situant la santé dans un contexte plus large que la seule lutte contre la maladie.

Cela suppose une volonté politique mais celle-ci ne peut exister sans l'impulsion et le soutien des professionnels. Il est nécessaire pour y parvenir de développer des actions de promotion et de prévention, ainsi que mobiliser et former le personnel qui devra concevoir autrement son travail.

La mission des soins infirmiers dans la société est “ **d'aider les individus, familles et groupes à déterminer et atteindre leur potentiel physique, mental et social dans le contexte dans lequel ils vivent et travaillent** ”⁵

1.3.1.2 Aspect réglementaire

La dimension holistique du soin infirmier est annoncée avec le programme de formation en soins infirmiers de 1972 qui développe les bases concernant l'être humain, et présente les soins infirmiers sur le plan psychologique, éducatif et technique. La nouvelle définition de l'infirmière apparaît avec la loi du 31 mai 1978. Le rôle propre n'est pas défini de façon précise, il laisse une grande ouverture, une possibilité de créativité et d'innovation dans tous les secteurs d'activité.

Le décret d'application du 12 mai 1981⁶ utilise le terme de “ **personne soignée** ” et non de patient ou de malade, ce qui permet de penser que la personne est sujet porteur d'un projet de soins, et que l'on tient compte de sa situation physiologique, psychologique et socioculturelle.

Durant l'année 1992, un nouveau programme d'enseignement des soins infirmiers⁷ est présenté avec pour objectif l'émergence d'une infirmière apte à répondre aux besoins de santé et pouvant travailler dans tous les secteurs d'activité. Puis le décret relatif aux actes professionnels du 15 mars 1993⁸ réaffirme la prise en charge globale dans son article

⁵ Guide du service infirmier n°5 série soins infirmiers B.O 92-14 bis Le lien pour la continuité des soins entre les différents modes d'exercice

⁶ Décret n°81-539 du 12 mai 1981 relatif à l'exercice de la profession d'infirmier

⁷ Décret n°92-264 du 23 mars 1992 relatif aux études conduisant au diplôme d'état d'infirmier et d'infirmière

⁸ Décret n°93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier

premier et enfin le dernier décret du 11 février 1992⁹ précise dans l'article 14 "***l'infirmier participe à toute action coordonnée des professions de santé et des professions sociales conduisant à une prise en charge globale des personnes*** "

Cette nouvelle dimension du soin est particulièrement d'actualité avec la valorisation de la démarche de santé publique et repose sur une approche multidisciplinaire associant tous les acteurs de soin au sens large.

Nos schémas traditionnels de pensée sont différents. Il faut s'efforcer de "***considérer le patient comme sujet, capable d'effectuer des choix pour lesquels il manifeste sa singularité.***"¹⁰

De plus, la participation active du patient à son traitement est un point à prendre en considération. Le patient est de plus en plus informé, acteur à part entière. Il s'agit désormais davantage d'accompagner les patients dans leur propre santé, dans l'élaboration de leur projet personnel et de leur engagement dans une démarche de santé. La charte du patient hospitalisé,¹¹ la création de la Commission de conciliation,¹² la loi relative aux droits des malades¹³ ont développé chez le professionnel de santé une vision différente du soin. Le soin infirmier, c'est donc agir dans le domaine de la santé mais aussi être en contact direct avec la mort, et la souffrance.

Dans la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière et surtout dans les Ordonnances du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins, il est notifié que "***la réforme de l'hospitalisation publique et privée repose sur la nécessité d'une meilleure insertion des établissements de santé dans leur environnement et vise à améliorer la prise en charge globale du patient.***"¹⁴

Cette démarche concerne essentiellement le développement des réseaux, mais le but est bien d'assurer une meilleure orientation du patient, de favoriser la continuité et la coordination des soins.

Il devient indispensable pour le professionnel de santé qu'il soit intra ou extra hospitalier de connaître le secteur sanitaire dans lequel il évolue, les coopérations possibles, favoriser la

⁹ Décret n°2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier

¹⁰ SOULAN Jeanine Sociologie santé 1997 n°17 Une profession infirmière en voie d'évolution p 23

¹¹ Circulaire n°95-22 du 6 mai 1995

¹² Circulaire DH/AF1/99 n°317 du 1^{er} juin 1999

¹³ Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

¹⁴ Circulaire DH/EO n°97-277 du 9 avril 1997 relative aux réseaux de soins et communautés d'établissements

complémentarité en référence au SROS. Ces dispositions doivent tenir compte des objectifs de santé publique fixés par les conférences nationales et régionales de santé ainsi que des politiques nationales initiées par le ministère.

La mise en œuvre des réseaux a amené une réflexion des personnels des établissements de santé sur l'amélioration de la prise en charge du patient et la continuité des soins. Bien qu'elle soit directement en lien avec des populations particulières : SIDA, toxicomanie, personnes âgées, soins palliatifs, cette démarche est intéressante à appliquer chez tout patient hospitalisé afin d'assurer des soins de qualité dans un souci de continuité et de coordination des soins.

Le concept de prise en charge globale mérite réflexion dans la mesure où son transfert dans les pratiques professionnelles est intégré différemment par les professionnels de santé. On peut soigner “ **sans regarder, à travers les représentations qu'on s'en donne.** ”¹⁵

1.3.2 LES REPRESENTATIONS

Nous prendrons la définition de J.C ABRIC “ **la représentation est une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social. Les représentations sociales en tant que système d'intégration régissent notre relation au monde, elles orientent et organisent les conduites, les pratiques, les comportements, l'action, les communications** ”¹⁶

Nous pensons important de faire le lien entre les représentations des soignants de la prise en charge globale et son transfert dans les pratiques professionnelles. La notion même verbalisée doit être clairement comprise par tous et permettre une logique de soin dans l'unité. Comprendre les pratiques, les expliquer, ne peut aboutir que dans la mesure où le système de représentations est identifié et analysé.

Nous savons que nos représentations évoluent en fonction de notre éducation, notre formation. Les représentations précèdent et permettent la formation de concepts. Mais une fois formés, ces derniers permettent une généralisation et une stabilisation des représentations.

¹⁵ SOULAN Jeanine Une profession infirmière en voie d'évolution sociologie santé 1997 n°17 p 22

¹⁶ ABRIC J.C l'étude expérimentale des représentations sociales sociologie d'aujourd'hui 1989 sous la direction de JODELET Denise p 188

Nous pouvons penser que la formation des concepts peut être un atout, mais ce n'est pas suffisant. La formation doit être envisagée comme prolongement et accompagnement des processus de socialisation. DUBAR entend par socialisation "**le processus d'intégration de l'individu au collectif, le mode d'acquisition de l'identité sociale, c'est à dire l'identification culturelle à un collectif, à ses normes, ses valeurs, ses codes sociaux.**"¹⁷

L'auteur note aussi que les identités professionnelles ne sont pas des catégories acquises une fois pour toute. Des personnes qui effectuent le même travail au sein d'une même entreprise peuvent avoir des identités professionnelles différentes. Plutôt qu'identité professionnelle, DUBAR utilise "**formes identitaires.**"

Selon VILBROD, l'identité est un processus plus qu'un état, cela renvoie à la similitude et la différence. L'identité professionnelle passe par des prises de parole pour dire ce que l'on est, pour développer des arguments que l'on a en propre, "**pour défendre ce qui nous distingue.**"¹⁸ Le processus identitaire va faire que les personnes d'une même profession vont se reconnaître dans un même dessein.

FLAMENT Claude explique que les pratiques peuvent être en contradiction avec la représentation.¹⁹

Ces représentations individuelles deviennent partagées si elles sont expliquées, c'est donc la socialisation telle que l'a définie DUBAR au sein d'un groupe de professionnels.²⁰

L'identité d'une organisation intègre le structurel et le culturel. Le structurel intègre les caractéristiques du secteur d'activité, des technologies, et le culturel intègre les normes, les valeurs, les règles.

Chacun perçoit son identité en adoptant le point de vue de l'autre et celui du groupe social auquel il appartient. Le sentiment d'identité est le résultat d'un processus de socialisation. Toute identité se construit et se définit par rapport à d'autres identités.

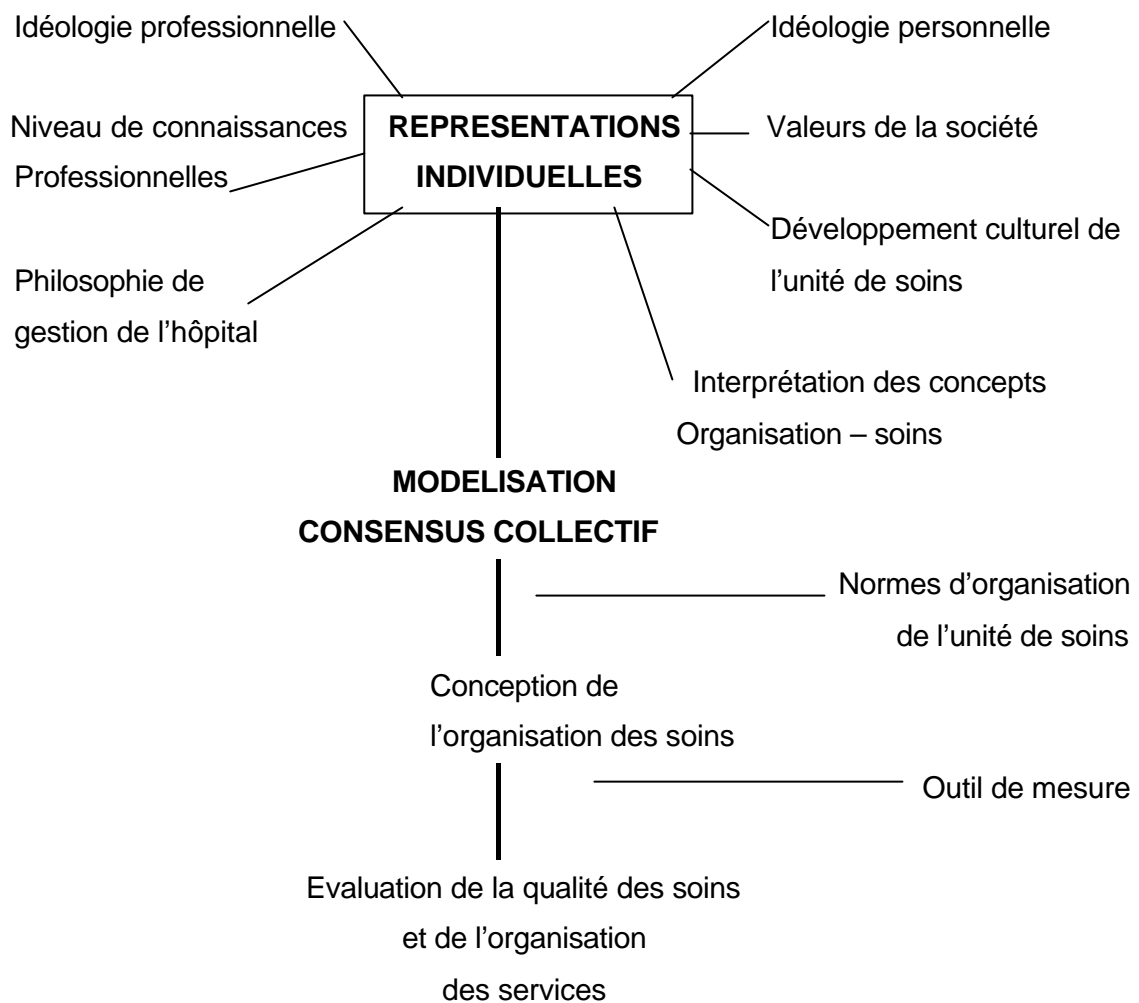
Nous reprenons le schéma inspiré de M. FORMARIER²¹ sur le lien entre les représentations individuelles et l'identité.

¹⁷ DUBAR Claude sciences humaines mars 2001 n°114 p 23

¹⁸ VILBROD Alain informations sociales n°94 les fondements de l'identité p 42

¹⁹ FLAMENT Claude structure et dynamique des représentations sociales sociologie d'aujourd'hui p 204 sous la direction de JODELET Denise

²⁰ DUBAR Claude sciences humaines mars 2001 n°114 p 23



Ce schéma nous montre que si nous ne passons pas par l'étape de la conception, nous ne pouvons fonctionner qu'en faisant référence à ses représentations personnelles qui peuvent être divergentes de celles des autres membres de l'équipe. L'intégration des différents concepts permet de créer un cadre de référence. Dire le sens ce que l'on entreprend, se référer à des valeurs, relier des actes à une conception ; tout cela participe au processus identitaire qui va faire que des individus d'une même profession vont se reconnaître "***dans un même dessein, voire une œuvre commune.***"²²

L'identité est donc un ensemble cohérent de valeurs intériorisées qui se traduisent par des comportements semblables.

Nous pouvons aussi faire référence à nos organisations qui traversent actuellement des périodes de turbulences, les changements ne laissent pas toujours le temps d'assimiler la

²¹ FORMARIER Monique recherche en soins infirmiers décembre 1990 n°23 p 54

²² VILBROD Alain informations sociales les fondements de l'identité professionnelle n°94 p 94

nouveauté. Il s'agit de trouver une cohérence entre le discours fondant l'adhésion et les pratiques. Une “ ***culture affirmée est un lien de reconnaissance, face aux turbulences, elle rassemble.*** ”²³

1.3.3 STRUCTURE DE L'UNITE

L'unité de soins est le lieu de croisement de multiples professionnels qui cherchent à renforcer leur identité. Le système de l'unité de soins est complexe de par les multiples interactions.

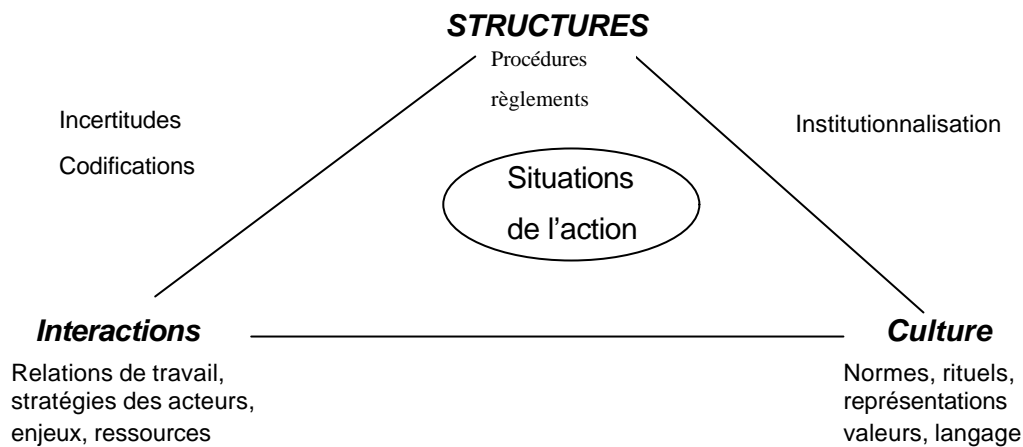
Pour MINTZBERG, l'organisation se constitue de cinq éléments fondamentaux, nous en retiendrons trois²⁴

- **Le centre opérationnel** : il est constitué par l'ensemble des unités de soins et médico-techniques. Il est caractérisé par le haut niveau de spécialisation des acteurs de santé et assure la production de services.
- **Le sommet stratégique** : il veille à ce que la mission hospitalière soit remplie efficacement et se structure autour d'une direction administrative et médicale. L'accomplissement de la mission hospitalière implique que son organisation soit en contact permanent avec les groupes sociaux extérieurs, qu'elle soit articulée sur une organisation hospitalière faite de la juxtaposition et de la coordination entre des compétences multiples : médicales, soignantes, administratives.
- **La ligne hiérarchique** : Il se situe entre le sommet stratégique et le centre opérationnel. Ce sont les médecins, les cadres ayant une autorité formelle et qui assurent la gestion des centres opérationnels et intégrant les principes de planification, de direction, de coordination, de contrôle des activités de production de soins et de services.

²³ NIZARD Georges l'hôpital en turbulences Editions Privat 1995 p 79

²⁴ HUBINON Myriam Management des unités de soins Paris Bruxelles De Boek universités 1998 p 74

L'analyse des structures peut se référer au schéma suivant.²⁵



Les conditions d'efficacité du système unité de soins s'articulent sur trois dimensions par rapport à l'environnement :

- Une politique cohérente des soins. Les objectifs, les axes d'orientation et les priorités d'action se recentrent sur cette politique.
- Une organisation cohérente et rationnelle.
- La capacité des hommes à mettre en œuvre cette politique et faire fonctionner cette organisation. Celle-ci est le résultat "**de l'action individuelle et collective d'hommes compétents, motivés et communiquants entre eux.**"²⁶

Nous avons présenté différentes notions sur l'organisation, la structure, des moyens de coordination permettant de mettre en place les conditions pour intégrer dans les pratiques la prise en charge globale. Nous pensons important de préciser le rôle du management dans l'appropriation de cette notion de prise en charge globale.

²⁵ Cours de Sociologie Hospitalière SCHWEYER François Xavier avril 2002

²⁶ HUBINON Myriam Management des unités de soins Paris Bruxelles De Boeck Universités 1998 p 171

1.3.4 MANAGEMENT DE L'UNITE

Le manager a quatre missions à exercer²⁷

➔ **STRUCTURER**

Il appartient au manager de traduire en actions quotidiennes les projets de son service. Il donne le sens, mobilise les ressources humaines en vue de soutenir et favoriser le soin à la personne. Les entreprises performantes construisent leur compétitivité sur la qualité des hommes et de leur management. Le manager doit évaluer de manière continue les forces et les faiblesses afin de cerner le degré de compétence de chacun, assurer un dialogue et fournir les moyens de support requis réduisant ainsi les effets divergents des aptitudes professionnelles.

➔ **MOBILISER**

Le partage et l'échange favorise la coresponsabilité dans la dispensation des soins. La décentralisation des prises de décision, implique d'adopter une forme d'autorité basée sur la collaboration et la consultation. La réelle capacité du manager est d'utiliser au maximum la richesse des connaissances émanant des ressources humaines en permettant de mettre en avant un réel potentiel collectif.

➔ **ASSOCIER**

Pour permettre d'associer les acteurs, le manager doit permettre la communication. La création d'un climat de travail constructif et productif va impliquer une participation et une concertation de l'équipe sur les prises de décisions, promouvoir l'esprit d'équipe, disposer d'une ouverture d'esprit.

➔ **DELEGUER**

Cette étape implique la définition des objectifs et le contrôle. Le manager délègue l'organisation et le processus. Cette délégation est de la compétence du manager.

Nous prenons alors conscience qu'il est indispensable d'avoir des objectifs communs.

Comment travailler ensemble si nous sommes différents ?

L'expérience au quotidien peut permettre l'élaboration de nouvelles représentations, changer les représentations va faire évoluer les cultures, et tout changement dans la culture apporte des modifications sur l'organisation. Il n'est pas rare de constater une divergence entre les

²⁷ RAVENNE Christie les nouvelles missions du management Editions ESF 1998 p 27

valeurs véhiculées par des groupes de professionnels et celles appartenant à l'organisation d'une unité de soins. Cette dysharmonie peut cheminer vers un manque d'efficacité de l'organisation.

Notre travail va davantage s'orienter vers une prise en compte des différences de chacun dans un objectif commun et des éléments favorisant une prise en charge globale plutôt qu'une recherche d'obstacles empêchant cette prise en charge globale.

Parmi les éléments favorisant cette **prise en charge globale**, l'énoncé des valeurs sous-tendant nos pratiques professionnelles.

1.3.5 LES VALEURS

Les valeurs sont explicites, claires et crédibles lorsque l'établissement souligne "***l'unité et la continuité de ses actions et affirme son identité dans la rédaction d'un projet.***"²⁸

Le manager qui affiche ses valeurs précise ses objectifs, explicite sa conduite des ressources humaines et les mobilise. Alors que l'absence de concepts reconnus permet toute interprétation et justifie de stratégie individuelle.

Avant d'être décliné au niveau de l'unité de soins, "***le projet des valeurs***"²⁹ doit être impulsé au niveau de la Direction. Le projet des valeurs a une triple visée :

- Le projet exprime le dessein de l'hôpital : sa place, son engagement médical et social, son ambition,
- Le projet exprime les valeurs pérennes, l'éthique de l'hôpital,
- Le projet décrit les choix et les objectifs de progrès et les réalisations attendues.

Le projet clarifie la différence, affiche les ambitions, donne sens à l'action.

Tout manager met en œuvre des valeurs dans sa stratégie. Il doit y réfléchir, il lui appartient de réduire les écarts entre les concepts et la pratique.

Les valeurs sont d'ailleurs définies à travers les textes réglementaires, ***de la Déclaration des Droits de l'Homme, de 1789, à la Constitution de 1946 qui garantit à tous la protection de la santé, aux Lois sur le respect du corps humain de juillet 1975, au***

²⁸ NIZARD Georges l'hôpital en turbulences Editions Privat 1995 p 105

²⁹ NIZARD Georges l'Hôpital en turbulences Editions Privat 1995 p 107

Code de déontologie médicale³⁰, les diverses lois sur l'exclusion³¹ et la permanence d'accès aux soins pour les plus démunis,³² notre mission de service public nous engage à respecter un certain nombre de valeurs comme la tolérance, le respect, le droit à la différence, l'écoute, des soins de qualité, un accompagnement et une présence, une compétence professionnelle et un souci des responsabilités. Ces notions nous amènent à réfléchir sur les significations et nos représentations dans la pratique quotidienne des valeurs que l'on défend. Et le problème se situe peut-être à ce niveau, comment les poser, les partager et les manager ?

Un certain nombre de professionnels se sentent porteurs de valeurs communes, plus ou moins reconnues dans le groupe. Ils acceptent dans ce cas de prendre des "risques" pour défendre ces valeurs.

Nous développerons cette notion qui nous semble intéressante au cours de l'analyse des entretiens, qui nous permettra de comprendre comment s'effectue le transfert des valeurs dans les pratiques professionnelles ?

Le projet de soins peut être un support à la réflexion sur les valeurs à travers l'énoncé de la philosophie de soins.

1.3.6 LE PROJET DE SOINS

La loi Hospitalière du 31 juillet 1991, dans son article L714.11 stipule "**le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, les objectifs généraux de l'établissement dans le domaine médical et des soins infirmiers, de la politique sociale, des plans de formation, de la gestion et du système d'informations.**"

Le projet de soins infirmiers est donc une composante du projet d'établissement, et fait référence au projet médical.

De plus, l'article L.714.26 précise "**il est créé, dans chaque établissement, un service de soins infirmiers dont la direction est confiée à l'infirmier général, membre de l'équipe de direction.**"

Une commission, présidée par le Directeur du service de soins est consultée sur :

³⁰ Décret n°95-1000 du 6 septembre 1995

³¹ Loi n°98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions

³² Article L.711-3 du code de santé publique Loi n°98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions

- L'organisation générale des soins infirmiers et l'accompagnement des malades dans le cadre du projet de soins infirmiers,
- La recherche dans le domaine des soins infirmiers et l'évaluation de ces soins,
- L'élaboration d'une politique de formation
- Le projet d'établissement.

Le projet de soins infirmiers va évoluer vers un projet de soins, en lien avec le dernier texte concernant le statut de corps des Directeur des soins³³. En effet, le coordonateur général des soins assurera l'organisation et la mise en œuvre des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, le projet de soins prendra en compte d'une manière plus formalisée l'ensemble des professionnels. Nous pensons que ce texte est une opportunité pour les Directions des Soins de repenser la place du soin dans l'institution, et sa philosophie. Cette ouverture ne peut qu'être bénéfique pour la **prise en charge globale du patient**.

Tout processus de soins s'insère dans un système de croyances et de valeurs, dont sont porteurs tous les partenaires du soin, soignés comme soignants. Nous pensons qu'il importe de mieux comprendre le fondement des croyances, leur nature, leur transmission, ceci afin de "**prendre conscience de la multiplicité des systèmes de croyances et de valeurs pouvant influencer la conception des soins infirmiers et leur incidence dans la pratique de soins.**"³⁴

Les valeurs que sous tendent les pratiques professionnelles sont intégrées différemment par de multiples acteurs qui interviennent dans le champ de la santé. La construction du projet de soins se fait autour de la mobilisation des forces de vie et du type d'aide à mettre en œuvre pour l'assurer

1.4 HYPOTHESES

L'éclairage apporté par notre recherche théorique, l'approfondissement des connaissances acquises par nos lectures, nous permettent de poser plusieurs hypothèses :

³³ Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de Directeur des Soins de la fonction publique hospitalière

³⁴ COLLIERE Marie-Françoise Promouvoir la vie Paris Masson 1982

- *La représentation que les équipes ont de la notion de prise en charge globale permet l'appropriation et le transfert dans les pratiques professionnelles à travers des comportements adaptés,*
- *Une réflexion préalable sur les valeurs notamment la prise en charge globale fédèrent les acteurs de soin vers une dynamique de changement*
- *Les caractéristiques de la structure de l'unité de soins et le management favorisent comme les représentations le transfert de la prise en charge dans les pratiques professionnelles,*
- *La stratégie mise en place par le Directeur des Soins dans l'élaboration du projet de soins infirmiers favorise le transfert des valeurs dans les pratiques de soins.*

Ces hypothèses seront confrontées à notre étude de terrain.

2 - CHAPITRE DEUX : L'ENQUETE

Pour valider qu'un travail préalable sur les valeurs et sur les représentations fédèrent les acteurs dans une dynamique de changement et pouvoir faire le lien avec la stratégie du Directeur des Soins dans le projet de soins, nous avons analysé trois projets de soins infirmiers à l'aide d'indicateurs. L'objectif poursuivi est de comprendre en quoi la stratégie d'élaboration du projet de soins infirmiers a une influence sur le transfert des valeurs dans les pratiques de soins. Nous nous intéresserons plus particulièrement à la prise en charge globale.

L'analyse des trois projets de soins infirmiers sera confrontée aux entretiens des trois Directrices des soins de ces établissements, ainsi que six soignants des mêmes établissements dont deux cadres, deux infirmières et deux aides soignantes. Cette deuxième démarche aura pour objectif de valider si le management de l'unité influence les pratiques de soins, ainsi que les facteurs favorisant la prise en charge globale.

2.1 LA METHODOLOGIE UTILISEE

2.1.1 L'ANALYSE DES PROJETS DES SERVICES DE SOINS INFIRMIERS

2.1.1.1 *Les indicateurs retenus*

Les références :

- Les références réglementaires : à la Loi hospitalière, aux Ordonnances, aux décrets professionnels,
- Les références aux projets d'établissements : Projets médicaux, sociaux
- Les références aux politiques régionales de santé.

Les valeurs ou conception de soins :

Cette partie intéresse particulièrement notre étude, nous analyserons si ces valeurs sont clairement énoncées ainsi que la démarche mise en place pour les identifier.

La démarche :

La description de la démarche permet de suivre la méthodologie d'élaboration, elle décrit le diagnostic ou état des lieux, la composition des groupes de travail, la présence d'un échancier qui nous permet d'établir la progression dans le temps.

Le contenu :

Les objectifs généraux et opérationnels, le plan d'action ainsi que les moyens nécessaires et l'évaluation.

La dynamique :

Dans cette partie, apparaît le plan de communication s'il existe, interne ou externe. Toute particularité originale y sera notée.

2.1.2 LES ENTRETIENS

Le choix de la méthode est lié :

- Pour les Directions des soins, de rechercher le lien entre la stratégie annoncée et l'écriture du projet de soins infirmiers,
- Pour l'encadrement, de confronter si le type de management facilite le transfert des valeurs et notamment la prise en charge globale dans les pratiques de soins,
- Pour les professionnels des unités de soins, d'identifier les valeurs véhiculées à travers les pratiques de soins et appréhender la représentation de ces mêmes professionnels sur la notion de prise en charge globale.

2.1.2.1 La population interviewée

Dans le tableau ci dessous sont représentées les caractéristiques professionnelles des personnes ainsi que les Etablissements de santé où elles exercent, identifiés par leur taille.

	I.G D.S.S.I	CADRE	IDE	AS	ETS
					500 lits
Me A	x				
Me B		x			
Me C		x			
Me D			x		
Me E			x		
Me F				x	
Me G				x	
					350 lits
Me H	X				
Me I		x			
Me J		x			
Me K			x		
Me L			x		
Me M				x	
Me N				x	
					760 lits
Me O	x				
Me P		x			
Me Q		x			
Me R			x		
Me S			x		
Me T				x	
Me U				x	

2.1.2.2 Les thèmes abordés dans les entretiens

Ces thèmes sont abordés sous forme de questions ouvertes dans les grilles d'entretien jointes en **annexe 1**.

Des questions peuvent être rajoutées ou posées différemment selon la catégorie professionnelle. Cette différence est liée à l'objectif de l'entretien.

La notion de **prise en charge globale** sera particulièrement étudiée. Nous nous intéresserons à relever les facteurs influençant la prise en charge globale.

Nous rechercherons également :

- Le transfert des valeurs dans les pratiques de soins,
- Les facteurs qui favorisent le transfert dans les pratiques de soins,
- La connaissance du projet de soins infirmiers et l'intégration des objectifs dans la pratique professionnelle.

2.1.3 LES LIMITES METHODOLOGIQUES

2.1.3.1 De l'analyse des projets

Trois projets de soins infirmiers ne sont pas représentatifs, mais le lien que nous voulons faire avec les pratiques professionnelles et les entretiens que nous souhaitons mener ainsi que le temps imparti ne nous ont pas permis d'analyser d'autres projets.

Certains items ont été regroupés comme les objectifs généraux et les axes de progrès, d'autres sont cités mais pas systématiquement exploités car pas directement en lien avec notre étude.

2.1.3.2 Des entretiens

Vingt et un entretiens ont été menés. L'analyse thématique a permis de faire émerger des informations riches et pertinentes avec l'objectif poursuivi dans ce travail.

La richesse du discours a été une expérience enrichissante et a permis de recentrer le travail.

2.2 LES RESULTATS DE L'ENQUETE

2.2.1 L'ANALYSE DES PROJETS DE SOINS INFIRMIERS

La grille d'analyse de ces projets de soins infirmiers (**annexe 2**), nous permet de retrouver si les valeurs sont identifiées et si une réflexion a été entreprise pour clarifier la conception de soins et la méthodologie utilisée.

La grille permet également de mettre en évidence la stratégie d'élaboration de la Direction des soins et de permettre d'effectuer le lien avec le projet d'établissement.

Un item qui nous intéresse concerne les références aux politiques de santé. En effet, la notion de prise en charge globale est directement en lien avec les politiques de santé développées sur le plan régional et national.

2.2.1.1 Les résultats de l'analyse des projets de soins infirmiers

2.2.1.1.1 Les références structurelles

■ Les références réglementaires

La loi de juillet 1991 ainsi que les Ordonnances de 1996 sont citées systématiquement.

Nous retrouvons également les décrets professionnels notamment infirmier de mars 1993.

■ Les références aux politiques de santé

Les références aux politiques de santé ne sont citées que dans un document. Cette remarque a son importance. Le projet d'établissement doit être en lien avec la politique de santé et les différents schémas régionaux. Cette prise en compte valorise les réseaux de soin et le partenariat avec les différentes structures de soins autre que l'hôpital. Nous pensons primordial de s'en inspirer pour favoriser une prise en charge globale du patient telle que nous l'avons définie.

2.2.1.1.2 *Les références culturelles*

- Valeurs centrées sur la personne soignée.

Prise en charge globale, dimension humaine, soins de qualité, conception de soins, dont Virginia HENDERSON citée deux fois.

La définition de la santé et de la maladie apparaît une fois, nous pouvons remarquer que la prise en charge globale est notée dans les trois établissements comme valeur centrée sur la personne. Il sera intéressant de faire le lien avec les pratiques professionnelles.

- Les valeurs professionnelles

Convivialité, professionnalisme, équipe, éthique et responsabilité, compétence, qualité, référence à la mission de soins.

2.2.1.1.3 *La démarche*

- Le diagnostic ou l'état des lieux

L'état des lieux a été effectué dans les trois établissements.

La démarche utilisée a été différente dans les trois établissements mais la participation des services a été privilégiée.

Dans les trois établissements, des groupes pluridisciplinaires ont pu travailler sur l'état des lieux, soit à travers un référentiel élaboré par un groupe cadres pour un établissement soit, en partant d'une question type : **Qu'est-ce qui nous choque dans notre façon de soigner ?** pour un autre établissement.

L'analyse des questionnaires de sortie a été relevée dans l'état des lieux d'un établissement.

La participation des médecins a été favorisée dans un établissement seulement.

2.2.1.1.4 *Le contenu*

- Les axes prioritaires ou objectifs généraux

L'organisation des soins est un axe prioritaire dans les trois établissements. Les axes sont énoncés à court, moyen et long terme dans un établissement.

Les axes sont énoncés avec un objectif d'amélioration, de qualité ou d'une meilleure prise en charge des patients notamment pour la douleur et les soins palliatifs.

La notion de partenariat est notifiée avec un objectif de continuité de soins dans un établissement. Son rôle d'hôpital pivot est peut être une des raisons. Nous pouvons remarquer que deux sur les trois établissements sont hôpitaux pivots.

■ Les objectifs opérationnels

Les objectifs opérationnels sont déclinés dans les trois documents.

Un plan d'action est prévu avec les moyens nécessaires pour deux établissements.

■ L'évaluation et les résultats

Sur les trois établissements, un établissement décline son évaluation, un prend le terme de résultats attendus, le troisième ne parle pas d'évaluation.

2.2.1.1.5 *La dynamique*

Dans deux établissements, le projet est présenté en CSSI³⁵.

Dans un des deux, le projet est annexé au projet d'établissement, il a bénéficié de la même communication. Forum, journaux internes à l'établissement, différentes instances.

La communication semble un objectif important dans un des trois établissements.

En effet, dans ce même établissement, un plan de communication externe est mis en place.

Le projet d'établissement est présenté dans les instituts de formation en soins infirmiers et instituts de formation de cadres de santé par la Direction des soins.

2.2.1.1.6 *Analyse des résultats*

La construction du projet de soins infirmiers se construit en deux temps :

■ ***Elaboration d'une conception de soins ou énoncé de valeurs partagées***

■ ***Construction d'un plan d'amélioration en lien avec un état des lieux ou diagnostic.***

³⁵ CSSI : Commission du Service de Soins Infirmiers

□ **Elaboration d'une conception de soins**

Nous avons pu analyser que dans les trois établissements, le questionnement sur les valeurs était présent.

Une réflexion émanant des services par l'intermédiaire des cadres ou avec l'aide d'un consultant avec la Direction des soins, permettait à chaque professionnel de clarifier les valeurs véhiculées à travers les soins, de les renvoyer à leur propre pratique et d'enrichir la démarche.

Cette étape nous semble primordiale avant d'élaborer des objectifs d'amélioration. En effet, les objectifs font référence aux valeurs, à notre manière de soigner et de donner du sens à la pratique professionnelle.

L'élaboration d'une conception de soins est une partie de la politique de soins que l'on souhaite privilégier.

La référence à une politique de santé nationale et régionale favorise la reconnaissance d'une prise en charge globale du patient. Le projet de soins doit pouvoir s'étendre à l'extérieur de l'institution car le patient est bien au cœur du dispositif.

□ **Construction d'un plan d'amélioration à partir d'un diagnostic**

L'état des lieux est indispensable pour permettre d'élaborer une démarche d'amélioration et des objectifs réalisables.

L'état des lieux n'a pas été fait sur les valeurs sauf pour un établissement sous forme de question relative à la manière de soigner. Ce questionnement est intéressant dans la suite de l'élaboration du projet de soins infirmiers. Les objectifs sont directement en lien avec les points faibles et à améliorer. Les différentes catégories professionnelles ont participé.

2.2.1.1.7 Confirmation d'une des hypothèses

Au terme de l'analyse des projets, nous pouvons confirmer la première partie de notre hypothèse :

Une réflexion préalable sur les valeurs notamment la prise en charge globale fédèrent les acteurs de soins vers une dynamique de changement.

Nous analyserons plus tard au cours de notre étude, à travers les entretiens si cette dynamique impulsée se retrouve dans les pratiques professionnelles.

Nous constatons :

- Que les groupes de travail multidisciplinaires ont été privilégiés,
- Que les références aux valeurs culturelles sont énoncées et explicitées,
- Que la participation active a été favorisée dans les groupes,
- Que les objectifs sont en lien avec le diagnostic et prennent en compte les valeurs énoncées au préalable,
- Que la notion de prise en charge globale est énoncée dans les projets de soins infirmiers.

Mais nous pouvons évoquer :

- Que les références aux politiques de santé nationales et régionales ne sont pas toujours prises en compte,
- Que la participation médicale n'est pas systématique dans l'élaboration des projets,
- Que la communication est encore assez timide à l'intérieur comme à l'extérieur de l'institution.

Nous pouvons considérer que malgré des méthodes différentes dans les trois établissements, une réelle concertation a été respectée, que la conception de soins est prise en compte et déclinée sous forme d'objectifs. Nous remarquons également que la notion de prise en charge globale qui nous intéresse dans le cadre de notre étude est clairement énoncée. Nous la retrouvons déclinée en terme d'objectifs.

Les entretiens vont nous permettre d'appréhender l'appropriation et le transfert de cette notion dans les pratiques professionnelles.

2.2.2 LES ENTRETIENS

Les entretiens ont été effectués auprès de trois Directions des soins des trois établissements cités dans le chapitre précédent.

Dans chaque établissement, deux services ont été choisis au hasard, nous avons privilégié un service à orientation chirurgicale et un service à orientation médicale.

Dans chaque service, le cadre, une infirmière et une aide soignante ont été interviewés.

Les entretiens avaient pour objectif de tester les hypothèses suivantes :

La représentation que les équipes ont de la notion de prise en charge globale permet l'appropriation et le transfert dans les pratiques professionnelles à travers des comportements adaptés.

La structure de l'unité et le management favorisent le transfert de la prise en charge globale dans les pratiques professionnelles

La stratégie mise en place par la direction des soins favorise le transfert des valeurs dans les pratiques professionnelles

Les thèmes recherchés sont :

- **La connaissance du projet de soins infirmiers**
- **L'existence d'un projet de service en lien avec le projet de soins infirmiers**
- **Les valeurs véhiculées à travers les pratiques professionnelles**
- **La représentation de la notion de prise en charge globale du patient**
- **La conception du rôle de l'encadrement dans la prise en charge globale du patient**
- **L'organisation et la structure de l'unité**

A partir des thèmes, les représentations peuvent être différentes selon la fonction occupée. Cette différence sera mise en évidence lors des analyses d'entretiens.

2.2.2.1 La connaissance du projet de soins infirmiers

Nous souhaitons analyser le lien entre le projet de soins infirmiers et sa mise en place dans les services, non seulement par la formulation d'objectifs opérationnels mais surtout à travers les valeurs énoncées dans ce projet.

Nous avons pu noter lors de l'élaboration de notre cadre théorique que le projet de soins infirmiers définit une politique de soins étayée par une philosophie : valeurs et concepts. Une politique de soins donne des indications sur les valeurs de référence sur lesquelles les professionnels peuvent asseoir leur réflexion.

La construction du projet de soins infirmiers se fait autour d'une mobilisation des équipes.

Les valeurs que sous tendent les pratiques professionnelles sont intégrés différemment par des acteurs qui interviennent dans le champ de la santé.

Cette connaissance du projet de soins infirmiers nous paraît une question à se poser dans l'intégration des valeurs qui sont travaillées et explicitées lors de son élaboration et qui sont transférées dans les pratiques.

Dans un établissement, le projet de soins est connu et intégré dans les projets de service. Pour les deux autres établissements, le projet de soins infirmiers n'est pas connu comme document de référence mais les objectifs et surtout les moyens d'action sont cités.

Nous pouvons trouver les plans d'action qualité, les outils de gestion des soins.

“ Nous avons vu que la douleur posait problème dans le service, le projet de soins en parlait ” et une autre, ***“ l'éducation des patients était un de nos objectifs, le projet de soins allait dans le même sens ”***

Le projet de soins infirmiers ne fait référence que si les objectifs de service vont dans le même sens. Les équipes d'un établissement se souviennent d'avoir participé à l'élaboration du projet de soins infirmiers, dans la phase de l'analyse de l'existant ***“ on nous a demandé ce qui nous choquait dans la prise en charge du patient »***, et dans un autre établissement, ***« on a fait avec les cadres une grille d'analyse de l'existant et cette grille a été remplie dans chaque service en équipe. ”***

La conception de soins ou les valeurs ne sont pas citées comme préalable. Néanmoins, les équipes pensent que le projet de soins infirmiers doit être connu et partagé par tous.

L'accent est mis sur le partage avec les médecins ***“ ils n'ont pas la même culture soignante que nous, mais je crois que le projet de soins doit être partagé par tous. ”***

Le projet de soins infirmiers est un fil conducteur, ***“ une reconnaissance du service infirmier, il est fédérateur. ”***

Les équipes des trois établissements concluent sur le fait qu'avoir les mêmes valeurs ***“ aident à la prise en charge des patients. ”***

SYNTHESE

Les équipes ont une connaissance du projet de soins infirmiers, surtout par l'expression des objectifs. Si les axes de progrès du projet de soins infirmiers sont comparables aux objectifs de service, le lien se fait aisément, surtout si les objectifs sont directement observables dans les pratiques professionnelles.

Le partage des valeurs semble un point important à préciser ainsi qu'une collaboration avec les médecins dans l'intérêt du patient.

Nous avons pu approfondir dans notre première partie que le projet de soins infirmiers était l'opportunité de mettre en exergue les valeurs de référence auxquelles adhèrent les soignants. Il sera intéressant de connaître l'avis des professionnels sur le thème des valeurs et comment ces mêmes professionnels les lient au projet de soins infirmiers.

2.2.2.2 L'existence d'un projet de service

Les soignants parlent plus d'objectifs de service que de projet de service. Le projet de service est énoncé comme **“ médical ”**.

Les objectifs de service sont identifiés par les équipes avec les axes prioritaires.

Les cadres déclinent chaque année l'objectif à poursuivre, **“ on décide en réunion ce que l'on veut faire pour l'année comme priorités dans le service, cela se fait en équipe. ”**

Mais la notion de projet semble importante **“ un projet donne la direction où aller ” “ nous écrivons nos objectifs de service, les choses auxquelles on tient en fonction de l'année écoulée, c'est important d'aller dans le même sens. ”**

Les médecins adhèrent pour deux établissements en participant à l'élaboration des objectifs. Dans un établissement, les objectifs sont seulement communiqués aux médecins, **“ l'information est nécessaire pour obtenir une collaboration des médecins ”** et au contraire **“ les médecins ne suivent pas les mêmes objectifs, ils ne comprennent pas. ”** Dans ce deuxième cas, les médecins n'avaient pas participé au projet de service.

Le lien entre les projets de service et le projet de soins infirmiers n'est pas toujours évident. Les moyens qui peuvent être développés au sein de l'institution pour mettre en place le projet de soins ne sont pas perçus comme directement observables par les professionnelles, **“ avec l'IGEQSI, nous nous sommes rendus compte de nos faiblesses, notre service a décidé de travailler sur le thème de la douleur. ”**

Dans un autre établissement, **“ on a voulu améliorer l'encadrement, on ne faisait pas tous pareil. ”**

SYNTHESE

Les projets de service sont déclinés en objectifs alors que le projet comporte deux parties :

- Une partie conceptuelle, projet à visée
- Une partie programmée en lien avec l'analyse de l'existant.

Ces données sont implicites. Les professionnels se rendent compte qu'ils ne font pas tous de la même façon. Ils se sont mis d'accord sur le minimum requis, mais n'en parlent pas entre eux. Dans les procédures, on ne le retrouve pas non plus.

Nous pouvons nous interroger sur les valeurs collectives du groupe qui n'énonce pas celles auxquelles il tient.

Quelles sont les différences entre l'avant projet et le projet permettant d'améliorer la pratique ?

2.2.2.3 Les valeurs et pratiques professionnelles

Les valeurs énoncées sont plus personnelles et concernent le savoir-être vis à vis du patient, **“ le respect, l'écoute sont des valeurs que l'on doit respecter et auquel je tiens. ”**

Les équipes pensent que dans les unités, **“ on défend les mêmes valeurs, sinon on ne reste pas. ”**

Certains professionnels éprouvent une difficulté à faire valoir le patient dans un contexte médical **“ hyper technique et hyper interventionniste. ”**

Des tensions sont perceptibles entre soignants et médecins notamment sur certains choix thérapeutiques. **“ on ne comprend pas toujours, ils n'expliquent pas ” “ nous aussi on peut avoir une opinion et vouloir la partager, mais le choix reste bien entendu aux médecins, c'est juste en parler. ”**

Un cadre parle de **“ choc des valeurs. ”**

Nous pouvons noter que dans ce service, il y a peu de réunions de service, **“ qu'il faut toujours courir après le médecin pour une prescription. ”**

Le dialogue ne semble pas aisé. La communication peut permettre d'échanger et de pouvoir confronter les avis pour obtenir la réponse la plus souhaitable pour le bien du patient.

Il existe aussi une réelle difficulté à se positionner vis à vis des valeurs. Celles ci ne sont pas énoncées en équipe, elles **“ sont sous-tendues ”** et impliquent donc des différences de comportement au sein de l'unité.

Une aide soignante précise “ **qu’elle fait comme elle le pense correct de faire, les autres font ce qu’elles veulent, elle ont leur conscience professionnelle.** ” Elle ne s’autorise pas à émettre un avis sur la façon de faire d’une collègue.

Les différences de pratiques interpellent les professionnelles, mais “ **il n’existe pas de référence conceptuelle** ” c’est l’identité du soignant qui prévaut.

SYNTHESE

Les équipes interrogées nous démontrent bien que le système des valeurs et les comportements attendus n’étant pas énoncés, on ne s’autorise pas à évaluer la pratique d’une collègue même si cette pratique est considérée comme inadaptée.

Les valeurs médicales semblent en décalage avec les valeurs soignantes, mais le sont-elles vraiment ? Dans les services où les conseils de service fonctionnent nous arrivons à des collaborations inter professionnelles et une communication sur le sens. Seul, un établissement le fait ressortir.

2.2.2.4 La notion de prise en charge globale du patient

Les définitions sont nombreuses et se situe à deux niveaux :

- “ **le patient doit être pris dans sa dimension psycho socio culturelle** ”

- “ **il faut faire tout sur le patient, de son entrée à sa sortie** ”

Dans l’ensemble, la notion est bien comprise et intellectualisée, c’est à dire que les professionnelles qu’elles soient infirmières, cadres ou aides soignantes ont déjà réfléchi sur cette notion, elles savent redonner les différentes dimensions du soin sans beaucoup de difficultés.

Les professionnelles parlent de “ **continuité des soins, prise en charge de l’individu dans son environnement, la prise en compte de la famille, la notion de ne pas confondre le patient et sa pathologie.** ”

Les aides soignantes ont plus de difficultés à anticiper la sortie du patient, elles parlent “ **d’abandon** ” quand le patient doit être transféré dans un autre service et non de continuité de soins.

La notion d'appartenance au service est une notion intéressante à relever dans l'émergence d'une identité collective.

Les équipes ont des difficultés à mettre en pratique cette notion de prise en charge globale. Elles parlent **“ de recueil de données insuffisants ne permettent pas de bien connaître le patient, ses conditions de vie ”** ou une autre infirmière **“ quand il doit sortir on se pose la question des conditions de vie, c'est trop tard. ”**

Les informations concernant le patient demeurent essentiellement orales, les transmissions écrites restent un souci.

Dans un établissement, les transmissions ciblées sont mises en place et fonctionnent bien, les équipes ont compris le sens des transmissions et impulsent cette dynamique aux collègues.

Les professionnels perçoivent qu'ils ne prennent pas toujours **“ la personne dans sa globalité ”** **“ les soins techniques sont prioritaires sur les soins relationnels ou éducatifs ”** **“ je ne vais pas toujours au devant des besoins du patient si celui ci n'exprime pas de demande. ”**

Une infirmière parle de **“ coeur symbolique ”** dans un service de cardiologie, **“ un malade porteur d'une pathologie mettant en jeu sa vie doit pouvoir être écouté, se sentir accompagné dans sa maladie. ”**

Un cadre pense que la prise en charge globale est **“ l'aboutissement d'un ensemble de valeurs intégrées au préalable : accueil, écoute, respect du patient. ”**

L'encadrement, dans les trois établissements, met en avant que les outils ne sont que **“ la finalité de la réflexion et non le début de la réflexion. L'outil pour l'outil n'a pas de sens. ”**

Un autre cadre précise que **“ penser que l'on va mettre en place les transmissions ciblées et la planification murale pour permettre la prise en charge globale du patient est une erreur si on ne s'interroge pas sur la prise en charge dans le service. ”**

Dans un établissement, une réflexion sur la fiche de liaison entre l'hôpital et les structures externes est envisagée. Nous pouvons remarquer qu'un travail en réseau est bien implanté dans cet établissement notamment dans le cadre des soins palliatifs.

La notion de prise en charge n'est pas décliné en comportements attendus par les cadres, **“ nous sommes encore dans la réflexion et loin encore de cela. ”**

SYNTHESE

La notion de prise en charge globale est assez bien clarifiée surtout pour les infirmières et l'encadrement, mais la traduction dans les pratiques n'est pas évidente. La notion de prise en charge globale n'est pas une valeur mais repose sur des valeurs. Ces valeurs peuvent être déclinées surtout par l'encadrement. Ce dernier est convaincu qu'une réflexion est nécessaire avant d'aborder les outils qui amélioreront la prise en charge globale du patient. Les comportements attendus ne sont pas énoncés ce qui amène des façons différentes de penser le soin global, et des difficultés pour les équipes de transférer dans les pratiques professionnelles.

2.2.2.5 Rôle de l'encadrement dans la prise en charge globale du patient

La cadre est vu par les équipes comme **“ un médiateur, il donne le sens et interpelle sur les pratiques. Il anime, guide et écoute. ”**

La notion de rigueur est retrouvée à plusieurs reprises au cours des entretiens, **“ il doit faire ce qu'il défend, il valorise et motive les équipes, il est garant des objectifs de service. ”**

Un élément important et cité à chaque entretien, **“ il est le lien avec les médecins, il doit collaborer et être notre porte-parole auprès d'eux. ”**

Les cadres sont assez d'accord avec les mots utilisés par les équipes, ils reprennent les mêmes termes. Par contre, ils témoignent d'un manque de reconnaissance non pas de la Direction des soins mais surtout des directions fonctionnelles avec lesquelles ils sont amenés à collaborer **“ j'ai l'impression d'être sur tous les fronts, d'être incompris. ”**

Dans le cadre de la prise en charge globale du patient, les équipes attendent du cadre **“ qu'il recentre le soin, qu'il nous amène à réfléchir sur notre pratique, qu'il nous transmette les valeurs auquel il tient. ”** Cette dernière phrase est intéressante parce que le cadre lui, pense qu'il est difficile de défendre des valeurs qui ne sont pas partagées par l'équipe entière. Nous pouvons nous interroger. Faut-il un consensus de l'équipe entière sur toutes les valeurs, ou faut-il tenir pour une ou deux fondamentales et une certaine souplesse sur d'autres aspects ?

Un cadre prend conscience au cours de l'entretien que ***“ rien n'est écrit, que les objectifs de service doivent être travaillés plus en profondeur, je fais toujours attention sur la prise en charge de la douleur, du suivi quand le patient sort, mais c'est moi qui fais les sorties, les équipes pensent que c'est mon dada. ”***

Un autre cadre précise que la notion de prise en charge globale du patient doit être travaillée avec les médecins. Ces derniers partagent un certain nombre de valeurs en commun avec les soignants, ***“ on se retrouve sur les valeurs fondamentales, mais il faut beaucoup dialoguer et échanger plutôt que se confronter. ”***

SYNTHESE

Nous pouvons repérer que le cadre est considéré comme garant de la prise en charge globale du patient par l'expression des valeurs qui la composent.

Il doit pouvoir disposer de reconnaissance et d'une certaine compréhension de sa fonction auprès de la filière administrative.

La collaboration avec les médecins est aussi mise en avant.

Les conditions d'efficacité de l'unité de soins s'articulent autour d'une équipe soignante et médicale qui va permettre de mettre en œuvre une politique de soins et de faire fonctionner cette organisation.

2.2.2.6 L'organisation et la structure de l'unité

Ce thème a été repris plusieurs fois au cours des entretiens. Les équipes pensent que l'organisation influence les pratiques de soins ou du moins les facilite.

La sectorisation qui permet à une infirmière d'être responsable d'un secteur de 10 à 15 malades sur l'ensemble du service qui peut en comporter 30, améliore la connaissance des patients avec un référent unique. Cette sectorisation a été citée comme favorable à une prise en charge globale du patient, impliquant ***“ un travail en binôme avec les aides soignantes et aident à la circulation de l'information concernant le patient. ”***

Les outils d'aide à l'organisation des soins sont cités en particulier :

- La planification murale,
- Le dossier de soins,
- Les transmissions ciblées.

Mais ces outils “ **ne sont pas toujours bien utilisés** ”. Un cadre évoque “ **une mauvaise volonté des équipes qui se démotivent et prétextent une charge de travail importante.** ”

Les équipes pensent que ces outils “ **améliorent la prise en charge du patient, mais il faut toujours relancer, s’y tenir, quelquefois on perd le pourquoi !** ”

Nous avons remarqué pour un établissement et un service en particulier que les aides soignantes avaient décidé d’une manière “ dissidente ” d’abandonner la sectorisation, trouvant plus commode de travailler avec une collègue de “ **faire le tour du service ensemble, on commençait à la première chambre et on terminait à la dernière.** ”

Elles ont pu se rendre compte que cette organisation n’était pas satisfaisante, “ **les malades ne s’y retrouvaient pas et nous non plus, nous n’avions plus d’informations sur la sortie ou le transfert d’un malade, donc nous ne pouvions pas prévoir les soins.** ”

L’intérêt a été que l’équipe a sollicité le cadre pour retravailler sur la sectorisation comprenant le bien fondé de cette organisation et trouvant un réel bénéfice pour une prise en charge de qualité pour le patient.

“ **c’était important que le changement vienne de nous** », précise une aide soignante.

Cette démarche nous démontre que l’outil doit être utilisé avec une réflexion préalable sur le sens à donner à l’outil et amener l’équipe à adhérer.

Plusieurs professionnels mettent en avant qu’une bonne organisation engendre moins de stress, “ **qu’elle définit les priorités et assure plus de disponibilités et d’écoute auprès du patient.** ”

SYNTHESE

Même si l’organisation dans l’unité a une influence dans la prise en charge des patients, la question des outils à mettre en place se pose également.

Le cadre a un rôle moteur.

Les outils vont permettre une vision globale du patient, l’organisation également.

Mais nous devons préciser que ces outils doivent être appréhendés et appropriés avec le sens à leur donner. L’équipe doit être partie prenante.

2.2.2.7 Stratégie de la Direction des Soins

Nous avons souhaité établir une partie distincte concernant la stratégie de la direction des soins dans l'élaboration du projet de soins infirmiers.

2.2.2.7.1 Lien entre projet de soins infirmiers et pratiques professionnelles

Dans un établissement, la Direction des Soins fait le lien à travers les outils de gestion des soins, le dossier de soins notamment.

Il semble **“ important d’harmoniser pour évaluer les pratiques, avoir des outils communs. ”**

Dans les trois établissements où l’IGECSI³⁶ est en place **“ cet outil permet une évaluation au plus près du terrain avec des normes reconnues, écrites et transférables dans tous les services. ”**

Une DS pense que le fait d’avoir travailler sur les valeurs en préalable du projet de soins infirmiers permet **“ d’aller dans le même sens. ”**

Nous pouvons observer que les DS sont assez confiantes sur les liens valeurs - pratiques. Elles estiment que le cadre a un rôle prépondérant, qu’il a une mission d’accompagnement et de clarification.

Une DS s’interroge sur le fait qu’un cadre ne fait pas de réunion, **“ quel espace de parole les soignants ont pour échanger ou s’interroger sur leurs pratiques ? ”**

Dans le projet de soins infirmiers, **“ la prise en charge globale est énoncée et doit être assurée pour le patient. ”** Les DS au moins pour deux établissements ont défini cette prise en charge globale, mais elles s’interrogent aussi sur son transfert dans les pratiques de soins. Elles citent plusieurs situations dont elles ont eu connaissance ou qu’elles ont du gérer, notamment l’appel d’une maison de retraite pour un retour non annoncé d’une pensionnaire d’un service de l’hôpital, ou un retour à domicile d’une personne âgée sans structure adaptée pour la recevoir.

Ces deux situations ont amené les services de soins infirmiers à réfléchir sur le soin et sa globalité pour le patient.

³⁶ IGECSI : Instrument Global d’Evaluation de la Qualité des Soins Infirmiers

Les directions des soins se rendent compte qu'il faut répéter pour convaincre "**prendre son bâton de pèlerin**," rencontrer les équipes, faire passer le projet de soins infirmiers dans ses objectifs opérationnels et dans sa conception.

2.2.2.7.2 Le management des cadres

Dans les trois établissements, la DS estime que le cadre doit mettre en œuvre la politique de l'établissement. Elle s'appuie sur l'encadrement pour faire passer les valeurs du service infirmier.

Une DS³⁷ pense qu'elle "**a peut-être surestimée les cadres. En matière de valeurs, les références ne sont pas toujours suffisantes pour amener une réflexion en profondeur.**"

Une DS pense aussi que le cadre doit assister quelquefois aux transmissions pour pouvoir interpeller l'équipe sur sa pratique. "**sommes nous en accord avec nos valeurs, que voulons nous défendre ?**"

Le cadre doit animer son équipe, faire le lien avec les médecins, amener une réelle collaboration, interpeller les cadres supérieurs si besoin car "**ils ont la distance vis à vis du terrain et peuvent avoir une analyse différente de la situation**". Certains cadres sont très demandeurs, d'autres non, "**on ne peut pas forcer le service**"

Le cadre doit être "**cohérent avec les valeurs qu'il défend.**"

Une DS précise que tous les cadres ont des valeurs professionnelles et "**des seuils sous lesquels elles ne veulent pas descendre, mais l'explication n'est pas toujours là, il manque peut être de la communication, le passage à l'écriture, le dire n'est pas suffisant.**"

Les cadres doivent être accompagnés dans leur management pour leur permettre de mettre en œuvre la politique du service infirmier. Une DS pense qu'ils sont "**peut être trop laissés seuls devant beaucoup de missions et leur demande d'aide n'est pas formalisée ou vécue comme une inaptitude.**"

³⁷ DS : Direction des Soins

2.2.2.7.3 L'organisation de travail de l'unité

L'organisation est présentée comme un élément facilitant les pratiques professionnelles.

Il convient de “ **comprendre le sens que l'on donne à la sectorisation** ”

“ **l'organisation doit être dans l'intérêt du patient et permettre une prise en charge globale** ”. Une bonne organisation permet de se recentrer sur le patient et d'avoir des “ **soins plus adaptés et personnalisés.** ”

L'organisation est aussi liée à l'activité médicale. Pour cela, il devient indispensable de “ **les associer dans l'organisation.** ”

Une DS fait remarquer que les outils les plus performants et permettant une prise en charge globale du patient deviennent inutiles si “ **le médecin passe faire sa visite au moment des transmissions ou si vous avez pour un même secteur des visites de chirurgiens à des moments différents et en plein dans les soins.** ”

La nécessité de travailler en collaboration avec le corps médical est défendue dans les trois établissements par les directions de soins.

2.2.2.7.4 Représentation de la notion de prise en charge globale

Les DS perçoivent au delà de la dimension bio - psycho - socio - culturelle de l'individu, la continuité des soins, le travail en réseau est également évoqué dans deux établissements.

Les exemples concernent essentiellement la prise en charge à domicile, les relations avec le milieu libéral, associatifs, les autres institutions, les réseaux ville - hôpital, le rôle de la prévention.

Cette prise en charge globale se traduit dans les pratiques par un recueil de données dans les dossiers de soins.

Ce recueil de données, déplore une DS, “ **n'est pas suffisamment rempli ce qui implique des pertes d'informations et une prise en charge pas toujours bien adaptée.** ”

La notion de prise en charge globale du patient permet de penser le soin “ **différemment, de tenir compte de la personne, de la positionner comme acteur de soin, capable de donner son avis, d'être porteur de ressources qui lui permettent de vivre sa maladie.** ”

Les Directions des soins indiquent que cette prise en charge globale est prônée mais pas toujours transférée dans les pratiques professionnelles. Les outils et la législation existent mais ne sont pas toujours connus ou appropriés.

La culture de santé publique n'est pas encore intégrée dans toutes les démarches, **“ nous sommes encore beaucoup dans le curatif. ”**

La prise en charge globale du patient prend en compte la personne mais aussi son environnement et sa famille. **“ l'hôpital est une étape de sa vie, un passage, sa vie est autre et ailleurs, il faut en tenir compte. ”**

Les directions des soins prennent conscience que **“ même si la notion est intellectualisée, elle n'est pas toujours appropriée. ”** Il est indispensable de se mettre d'accord sur un certain nombre d'indicateurs ou de comportements attendus, **“ on ne dit pas toujours ce que l'on attend derrière cette notion ou une autre, c'est peut être là le problème. ”**

La définition même de la prise en charge globale est connue et **“ fait partie intégrante de notre langage commun. ”**

C'est à ce moment de l'entretien que les directions des soins s'interrogent sur leur stratégie d'élaboration du projet de soins infirmiers.

2.2.2.7.5 Stratégie de la direction des soins

Les directions des soins s'appuient sur la collaboration des professionnels, des médecins et des acteurs de santé intervenant auprès du patient.

Le choix est de favoriser une large participation, de profiter de l'opportunité du projet de soins infirmiers **“ pour mettre à plat les valeurs, s'interroger sur l'évolution de la santé et des politiques à mettre en place. ”**

Dans le cadre de l'élaboration du projet d'établissement, les projets doivent se rejoindre, **“ ils ne doivent pas être faits chacun pour soi, mais dans un objectif et une vision commune. ”**

Tous ces projets doivent se rencontrer et s'articuler les uns aux autres. Ces réflexions ne sont véritablement mises en place que dans un établissement sur les trois. Mais il est intéressant que la tendance aille dans ce sens et que les directions de soins souhaitent y parvenir. Celles ci sont d'ailleurs conviées à l'élaboration du projet médical.

La direction des soins s'appuie sur l'encadrement pour décliner les axes du projet de soins. Dans les trois établissements, elles pensent développer davantage l'accompagnement des cadres dans cette démarche. Les DS ont chacune selon les équipes qu'elles managent et leur fonctionnement, un souci de faire valoir la prise en charge globale.

Dans un établissement, une DS s'efforce de proposer un cadre conceptuel avant tout projet,

de resituer le projet d'établissement avec la place du projet de soins dans la politique de santé.

La démarche qualité citée à plusieurs reprises est l'opportunité pour mener des groupes de travail interdisciplinaires et “ **d'échanger nos visions du monde.** ”

Les DS pensent qu'elles peuvent faire passer un certain nombre de messages mais réitèrent le rôle non négligeable de l'encadrement comme relais avec les équipes de soins des valeurs à défendre et à faire valoir auprès des patients.

Les DS se rendent compte que l'institution évolue positivement mais que **la prise en charge globale** n'est pas “ **l'affaire que des soignants** ” et qu'elles s'attellent à le faire comprendre.

Les DS souhaitent encourager les professionnels des services dans “ **ce qu'ils font de positifs pour la prise en charge globale et les pousser vers un objectif d'amélioration si les comportements ne vont pas dans le sens de la globalité.** ”

Les directions des soins développent une stratégie que nous appellerons **d'alliance** avec les professionnels et le corps médical, plutôt qu'une stratégie de **différenciation** en se démarquant par la conduite d'un projet isolé conceptuel et exclusivement soignant.

Cette démarche implique le souci de faire participer tous les acteurs de santé autour d'un **projet de soins**, et de l'articuler avec les projets médicaux. Cette dynamique impulsée par la **Direction de l'établissement** permettra de replacer le patient au sein du dispositif de soins et de le **prendre en charge dans sa globalité.**

3 - CHAPITRE TROIS : SYNTHÈSE ET ORIENTATIONS PROFESSIONNELLES

L'enquête que nous avons menée, auprès de Directeurs des soins, de Cadres et d'équipes soignantes va nous permettre de formuler des orientations professionnelles dans le cadre de la fonction de Directeur des Soins.

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

3.1 SYNTHÈSE

3.1.1 VALIDATION DES HYPOTHESES

3.1.1.1 *Première hypothèse*

“ une réflexion sur les valeurs notamment la prise en charge globale fédèrent les acteurs de soins vers une dynamique de changement. ”

Cette hypothèse est validée sous deux angles différents.

En effet, lors de l'analyse des projets de soins infirmiers, nous avons pu relever qu'un questionnement sur les valeurs existait dans l'étape de diagnostic.

Notre seconde remarque concerne la participation de groupes interdisciplinaires permettant un échange et la construction d'une conception de soins commune.

Une autre étape que nous avons appelé : **“dynamique”** s'intéresse à la communication, pointée comme élément incontournable dans la suite du projet de soins. C'est certainement le suivi qui ne doit pas être sous-estimé pour permettre de poursuivre le travail considérable de réflexion lié à l'élaboration de ce projet de soins.

La démarche commune d'un groupe de professionnels vers un projet collectif ne peut aboutir qu'à un changement de représentation, une interrogation sur le métier que l'on exerce et le soin que l'on propose.

La collaboration implique d'apprendre à s'enrichir « **des diversités de l'autre** »³⁸ à exploiter les différences pour en faire une valeur ajoutée. C'est bien là que se situe notre propos, nous souhaitons non pas uniformiser, mais au contraire, faciliter l'émergence de ressources cachées derrière les résistances au changement.

La réflexion sur les valeurs se retrouve au cours des entretiens, la notion de prise en charge globale est assez bien définie mais le transfert dans les pratiques reste une de nos préoccupations. Nous sommes persuadés que la réflexion même implique un changement. Nous pensons que les professionnels désireront changer s'ils trouvent que le patient peut obtenir un réel bénéfice dans sa prise en charge.

3.1.1.2 Seconde hypothèse

“La représentation que les équipes ont de la notion de prise en charge globale permet l'appropriation et le transfert dans les pratiques professionnelles à travers des comportements adaptés.”

Nous avons pu relever que les équipes soignantes avaient des définitions plus ou moins complètes de la notion de prise en charge globale, mais que dans l'ensemble, la notion était assez bien comprise.

La problématique se situe bien au niveau du transfert dans les pratiques professionnelles.

Les cadres ont conscience de ne pas énoncer les critères d'évaluation, ce qui ne favorise pas l'appropriation.

Nous pensons que si les équipes introduisaient dans la réflexion les indicateurs leur permettant d'évaluer leur propre pratique ainsi que les comportements attendus, la notion de prise en charge globale pourrait être transférée dans les pratiques professionnelles.

La prise en charge globale n'est pas une valeur mais comporte un certain nombre de valeurs.

Dans l'énoncé de la conception de soins et des valeurs du service, le Cadre doit pouvoir amener l'équipe à verbaliser un certain nombre d'indicateurs qui permettront d'évaluer sur des critères communs.

Nous pouvons confirmer l'hypothèse en tenant compte que la représentation de la prise en charge globale va au delà de la référence à un concept mais s'acquiert avec les connaissances professionnelles.

³⁸ KOURILSKY-BELLIARD F. Du désir au plaisir de changer Interéditions 1996

La question du transfert est fondamentale, le contenu ne sera pas suffisant. Il convient de nous intéresser à stimuler la mise à distance de la pratique.

Nous pensons important d'engager le professionnel à se construire en faisant appel à son histoire, son organisation intellectuelle, ses champs de signification. Il y a transfert quand les progrès obtenus améliorent l'exercice professionnel.

3.1.1.3 Troisième hypothèse

“ Les caractéristiques de la structure de l'unité de soins et le management favorisent le transfert de la prise en charge globale dans les pratiques professionnelles. ”

Cette hypothèse est validée. Le rôle de l'encadrement et le management des équipes sont fondamentales dans le transfert de la notion de prise en charge globale comme des autres valeurs.

Nous avons pu mettre en avant que le cadre est souvent porteur de valeurs professionnelles. Il peut les énoncer mais évaluer et s'enquérir que chacun aille dans le même sens est une de ses activités.

La prise en charge globale est une notion à défendre pour le patient.

Le non respect de cette notion doit amener le cadre à réfléchir avec son équipe et à donner un certain nombre d'indicateurs.

L'encadrement va vers une “ culture de l'évaluation ”

L'organisation du travail a également été citée comme favorisant la prise en charge globale du patient. Mais tous les outils d'organisation et de gestion des soins ne doivent pas éluder la réflexion préalable à leur implantation.

3.1.1.4 Quatrième hypothèse

“ La stratégie mise en place par le Directeur des soins dans l'élaboration du projet de soins infirmiers favorise le transfert des valeurs dans les pratiques professionnelles. ”

Cette hypothèse peut être validée. Les Directions des soins ont démontré au cours des entretiens leur volonté de partager un ensemble de valeurs et une conception de soins avec l'ensemble des professionnels de l'institution.

Elles ont pointé la nécessité de prendre le temps d'élaborer des indicateurs qui permettront d'évaluer si le transfert des valeurs notamment la prise en charge globale du patient est assuré dans les pratiques professionnelles.

Les DS souhaitent accompagner et positionner davantage l'encadrement dans le suivi du projet de soins. La stratégie se situe certainement à ce niveau.

Les DS prennent conscience aussi que leur discours et leur management est porteur d'un certain nombre de valeurs.

3.2 ORIENTATIONS PROFESSIONNELLES

Nous avons au cours de notre étude choisi de mener des entretiens qu'avec des professionnels soignants.

Au stade de notre réflexion, nous pensons que des entretiens auprès d'usagers sur leur ressenti de la prise en charge aurait amené des pistes supplémentaires à exploiter.

Nous pensons également que des médecins pouvaient nous donner des indications intéressantes sur leur conception des soins et de la prise en charge globale du patient.

Nous partageons un certain nombre de valeurs, en référence au Code de déontologie médicale.

Les Directions des établissements pouvaient nous apporter un éclairage complémentaire en référence à notre mission de service public.

Nous devons nous inspirer de ces perspectives afin d'élaborer notre projet.

Ce sont les étapes de cette démarche qui consiste à soutenir un mode de fonctionnement fondé sur la collaboration, que nous allons décliner dans ce chapitre.

Dans un premier temps, nous développerons la stratégie que le Directeur des soins doit mettre en place afin de favoriser le transfert de la prise en charge globale du patient, et ceci dans le cadre de l'élaboration du projet de soins.

Dans un deuxième temps, nous déclinons le rôle prépondérant du cadre dans la politique managériale du service de soins infirmiers.

Dans un troisième point, nous aborderons les outils de gestion et d'organisation des soins qui peuvent être favorables à une prise en charge globale du patient.

3.3 DEVELOPPER UNE STRATEGIE DANS L'ELABORATION DU PROJET DE SOINS FAVORISANT LA PRISE EN CHARGE GLOBALE DU PATIENT

Nous prendrons comme définition de la stratégie “ *l'art de diriger un ensemble de dispositifs pour atteindre un objectif.* ”³⁹

Dans le domaine du management, cette définition montre qu'une stratégie peut aussi bien être élaborée et appliquée par un individu ou un groupe.

Nous pouvons penser que la stratégie implique un ensemble de décisions et d'actions relatives au choix des moyens et à l'articulation des ressources afin d'atteindre un objectif.

Le cadre théorique nous a amené à nous intéresser “ au comment faire émerger ” ou faire adhérer à des stratégies collectives autour d'objectifs institutionnels partagés. Nous avons pris comme démarche d'agir sur les personnes et les structures afin de définir des orientations stratégiques en termes d'activités.

3.3.1 ELABORATION DU PROJET DE SOINS INFIRMIERS

3.3.1.1 Place du projet de soins dans le projet d'établissement

Nous avons étudié dans le cadre théorique la place du projet de soins. Il est une composante du projet d'établissement et fait référence au projet médical.

L'obligation réglementaire est précisée dans la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

Le législateur spécifie que le projet d'établissement doit être cohérent avec le schéma d'organisation sanitaire. Le projet de soins va dans cette même démarche.

³⁹ Module “stratégies et projet d'établissements” introduction et base conceptuelle. Michèle Guillou. Cours ENSP février 2002

En effet, le projet d'établissement vise à déterminer les orientations stratégiques de l'institution et traduit les engagements de la communauté hospitalière.

Il repose sur l'ensemble des données recueillies à l'occasion de la concertation qui doit s'engager préalablement autour de ses composantes : projet médical, projet social, projet de soins, projet du système d'information et projet de gestion, ainsi que la démarche qualité.

Le diagnostic général comprendra une analyse externe et une analyse interne de l'établissement.

L'analyse externe sera à prendre en compte dans tous les projets.

Cette démarche va permettre de comprendre les caractéristiques de l'environnement et de pouvoir mettre en avant les objectifs et prescriptions du SROS ainsi que les orientations définies par la Conférence Régionale de Santé.

L'analyse interne permettra de savoir si l'établissement est apte à répondre aux besoins de la population, en permettant son ouverture à l'environnement sanitaire conformément aux orientations régionales de santé. En initiant et confortant les réseaux de prise en charge du patient avec un maillage solide de coopérations hospitalières, sectorielles ou intersectorielles.

L'analyse interne comprendra un bilan humain, financier et technique mais également qualitatif sur :

- La prise en charge du patient
- Le management des ressources humaines
- La qualité, vigilance et hygiène
- Les moyens techniques, logistiques.

Les orientations stratégiques seront déterminées à partir des résultats du diagnostic général et en positionnant des axes de progrès.

Ces axes de progrès seront fixés en référence aux différents volets du projet d'établissement.

Nous avons souhaité rappeler la méthode d'élaboration du projet d'établissement pour insister sur la collaboration indispensable de tous les professionnels de l'institution dans ce travail de réflexion.

Nous pensons que l'analyse préalable que l'on peut appeler également analyse de l'existant doit pouvoir se faire ensemble.

La place du projet de soins se situe comme les autres projets, maillon indispensable des orientations stratégiques de l'établissement.

3.3.1.2 Le Projet des valeurs

“ **Le projet des valeurs** ”⁴⁰ doit être impulsé au niveau de la Direction.

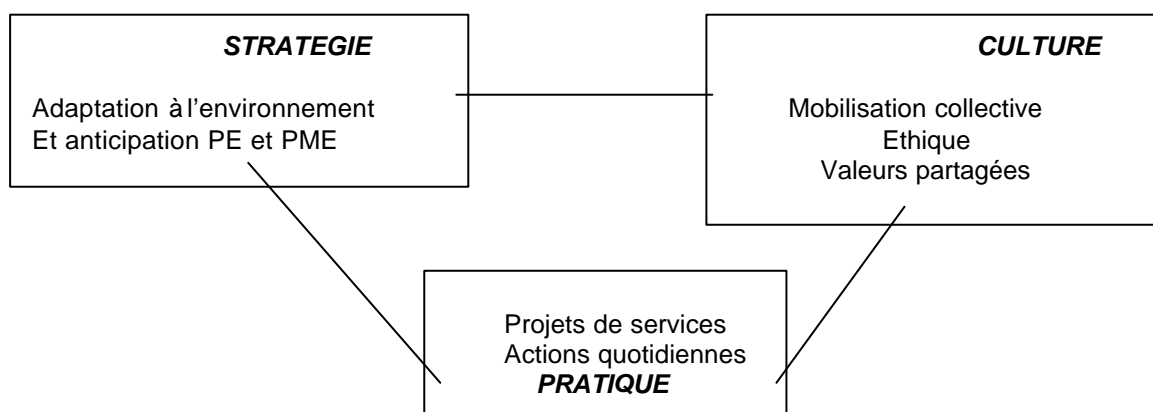
Nous pensons indispensable que le projet de soins ne soit pas le seul porteur de valeurs. Les valeurs que nous partageons au sein d’un établissement doivent être connues, écrites et compréhensibles pour tous.

Le projet référentiel de valeurs complète les projets d’établissement et médicaux, expression des stratégies. Par cette démarche, l’hôpital s’inscrit dans une “ **culture vivante.** ”⁴¹

L’établissement atteint les objectifs qui sont les siens en conformité avec les besoins de la population au niveau de sa santé et des soins à lui apporter.

Si nous reprenons **la notion de prise en charge globale** qui nous intéresse particulièrement, nous pouvons exprimer un certain nombre de valeurs. Ces valeurs peuvent être déclinés en comportements attendus et ceci pour tous les professionnels de l’institution.

Dans le schéma suivant, nous pouvons décliner les trois pôles de cette culture que nous souhaitons faire émerger et les interactions⁴²



⁴⁰ NIZARD Georges L'hôpital en turbulences Editions Privat 1995 p 107

⁴¹ NIZARD Georges l'hôpital en turbulences Editions Privat 1995 p 107

⁴² Schéma inspiré de NIZARD Georges l'hôpital en turbulences Editions Privat 1995 p 108

Nous pouvons choisir d'être :

“ L'hôpital qui propose une prise en charge globale du patient ”

Cette notion implique :

- **Une stratégie cohérente** : La prise en compte de l'environnement dans lequel se trouve l'établissement, les caractéristiques sociales, l'offre de soins existante, la politique régionale.
- **Une démarche fédératrice et un travail en réseau** à développer : facteur de dynamisme, cette coopération permet la mutualisation des compétences et favorise les échanges d'informations et d'expériences au profit de la population.
- **La prise en charge pluridisciplinaire** de la personne et l'intervention de différents acteurs qui doivent coopérer en équipe pour mieux répondre aux besoins de la personne.
- **L'implication de tous** : La réflexion doit être engagée avec la Direction, la commission médicale, le service infirmier. L'engagement du personnel d'encadrement médical et paramédical des unités de soins est une condition indispensable.

3.3.1.3 Proposition d'une charte

NOS VALEURS	NOS PRINCIPES D'ACTION
La prise en charge globale	Assurer un service de qualité
	<i>* Accueillir la personne de manière individualisée</i> <i>* Prendre en compte la famille ou les proches</i> <i>* Assurer des soins adaptés et personnalisés</i> <i>* Coordonner les soins aux besoins de la personne</i>

3.3.1.4 Implication de la Direction des Soins

L'implication est à deux niveaux :

- Positionnement statutaire
- Position de manager.

Le Directeur des Soins, coordonnateur des soins, est membre de l'équipe de Direction, ce qui lui confère, par délégation du chef d'établissement, un certain nombre d'activités qui va dans le sens de la collaboration, de la coordination, de la participation⁴³

Le Directeur des Soins peut proposer une démarche et une stratégie au sein de l'équipe de direction pour permettre au service infirmier de valoriser au même titre que les services administratifs ou logistiques, ou médicaux les valeurs auxquelles nous tenons au niveau de l'établissement.

Le Directeur des Soins est un interlocuteur qui doit tenir compte de sa position pour rallier ses collaborateurs vers une prise en charge globale du patient et en faire un axe de progrès pour le projet d'établissement qui sera à construire ensemble.

Cet axe de progrès sera défini en objectifs globaux puis opérationnels qui pourront intéresser tous les collaborateurs. A titre d'exemple, si nous définissons que l'accueil doit être amélioré, cet objectif va de la signalétique, aux modalités du bureau d'admissions, à l'attente et au transport. Tous les professionnels intervenant à l'intérieur de l'institution comme à l'extérieur sont concernés.

Nous souhaitons démontrer que le projet de soins n'est pas à part, mais que tous les projets se complètent et même trouvent des objectifs communs qui vont permettre d'aller dans le même sens et de prendre en compte la personne dans sa globalité et de la placer au sein du dispositif.

Le Directeur des soins dans son rôle de manager a la responsabilité du service infirmier et même davantage dans sa fonction de coordonnateur des soins.

Sa fonction se situe bien dans la stratégie opérationnelle.

⁴³ Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut du corps des Directeurs des soins de la fonction publique hospitalière article 4

La question qui se pose alors est bien, “ **comment transférer les valeurs auxquelles nous croyons dans les pratiques professionnelles ?** ”

Son action se situe dans le diagnostic préalable au projet qui va favoriser la participation :

- Des représentants du service infirmier : à partir d'un référentiel en lien avec la législation en vigueur et les recommandations de l'**ANAES**. Les médicaux et médico-techniques peuvent être intégrés au groupe dans l'intérêt de la réflexion.
- Des autres professionnels de l'institution : administratifs, logistiques ou techniques.
- Des usagers : par questionnaires ou entretiens ciblés.
- Des professionnels de la ville : libéraux, sociaux, associatifs. L'objectif est d'assurer la continuité des soins.

Le diagnostic ne doit pas s'effectuer que par questionnaires mais aussi par des échanges inter disciplinaires à l'intérieur et à l'extérieur de l'institution.

L'objectif de ces rencontres est de permettre de reconnaître le travail de chacun dans la prise en charge du patient et de sa famille, de déterminer les objectifs d'amélioration ou de conserver les processus qui donnent satisfaction.

Ce travail de réflexion peut favoriser la mise en avant des représentations de chacun sur le travail de l'autre et de ses propres objectifs dans la structure d'appartenance.

Nous pensons que des échanges par groupes interdisciplinaires va permettre l'intégration de notions partagées par l'ensemble et une meilleure compréhension des situations.

Des séminaires sur la santé publique ou les politiques de santé peut compléter ces échanges.

L'objectif est bien de montrer que la santé a évolué, que le concept même s'est élargi à des dimensions encore abstraites pour certains professionnels.

Notre fonction de Directeur des soins va nous impliquer directement dans le cheminement incontournable que les professionnels de santé doivent avoir au sein et en dehors de l'institution.

La phase d'élaboration du projet de soins est une étape importante et déterminante pour la suite.

3.3.2 PHASE OPERATIONNELLE DU PROJET DE SOINS

La programmation des actions d'amélioration dans le projet de soins doit tenir compte des priorités. L'articulation des orientations stratégiques est réfléchiée en collaboration avec les professionnels de l'établissement et la Direction qui doit valider les propositions ainsi que les moyens à mettre en œuvre, notamment les moyens financiers.

L'évaluation doit être prévue et connue afin que chaque professionnel puisse s'y référer. C'est un travail considérable, elle énonce les critères qui nous permettent de valider certains objectifs que l'on poursuit. Cette démarche est à effectuer avec les cadres infirmiers qui seront les relais dans les unités pour mettre en place la politique de l'institution.

Si le travail préalable avec les professionnels sur leurs représentations des valeurs ou la définition des axes que nous souhaitons défendre au sein de l'institution, ont bien été préparés et managés, les cadres pourront formuler des critères d'évaluation. Ces critères seront explicités en équipe et serviront de support de réflexion sur les pratiques. Le cadre sera garant de la qualité de la prise en charge.

3.3.2.1 Proposition d'un axe d'amélioration : Favoriser la prise en charge globale du patient

Objectif global :

Assurer la prise en charge globale du patient

Objectif spécifiques :

Développer la prévention et l'éducation pour la santé dans le domaine des soins.

Développer une politique d'accueil.

Développer les modalités de prise en charge pluridisciplinaire du patient en interne et en externe.

Développer le travail en réseau : Soins palliatifs, douleur, prévention des maladies cardiovasculaires, prévention des infections nosocomiales

Développer la coordination entre secteurs d'activité.

Développer une organisation des soins et des outils infirmiers accessibles à tous les professionnels.

Chaque objectif spécifique doit pouvoir être décliné en objectifs opérationnels qui permettront d'obtenir des comportements attendus.

Cette phase nécessaire est à construire en groupe pluridisciplinaire pour assurer une pertinence des actions préconisées.

3.3.2.2 Moyens d'évaluation de l'axe d'amélioration

L'évaluation fait partie intégrante des pratiques professionnelles. L'axe que nous avons décliné doit pouvoir être évalué afin de s'assurer de la pertinence des objectifs posés.

Nous pouvons proposer comme moyens d'évaluation :

■ Interlocuteur ciblé : LE PATIENT

⇒ Analyse des questionnaires de sortie.

Nous nous arrêterons plus particulièrement à certains critères comme l'accueil, la prise en compte de la douleur, l'organisation des soins, la prise en charge médicale ou paramédicale, la coordination, les modalités de sortie.

⇒ Analyse des plaintes des patients.

Nous étudierons les motifs des plaintes liés à la prise en charge. Cette analyse permettra d'adapter des axes de progrès en lien avec les besoins de la population soignée.

⇒ Elaboration de grilles d'observation avec des critères relatifs à la prise en charge globale du patient.

Cette méthode permet d'obtenir un recueil direct de l'information, et un niveau de crédibilité rapide. Les actions correctives peuvent être rapides.

⇒ Interrogation directe des patients.

Cette méthode permet d'explicitier les questions non comprises et met en relation directe deux personnes dont le receveur de soin.

■ **Interlocuteur ciblé : L'EQUIPE SOIGNANTE**

⇒ **Analyse des recueils de données des dossiers de soins.**

Il convient de définir le recueil de données, “ **c'est la collecte des informations qui concernent une personne ou un groupe qui émanent en priorité de ceux-ci et qui sont nécessaires à la mise en évidence de leurs problèmes de santé.** ”⁴⁴

Cette évaluation peut se faire à l'aide de grilles comme celle de l'ANAES relative à la qualité de la tenue du dossier de soins infirmiers.⁴⁵

Un des critères vérifie que les professionnels ont la possibilité d'utiliser le dossier de soins. En effet, tous les professionnels de santé ont la responsabilité d'enregistrer les informations utiles à la continuité des soins afin d'assurer **la prise en charge globale du patient.**

Le recueil de données est élaboré à partir d'une réflexion sur les théories de soin et recense les besoins communs à tout patient (alimentation, hygiène, sommeil...)

⇒ **Analyse des transmissions.**

Nous pouvons analyser les transmissions écrites à partir des écrits des dossiers de soins. Mais les transmissions orales peuvent être une source d'informations sur les situations des patients et de leur entourage, sur le choix des priorités de soins, et peuvent servir à la régulation des pratiques.

Mais les transmissions sont souvent pauvres et noyées au milieu d'informations diverses pas toujours en lien direct avec le patient.

De nombreuses études ont démontré la nécessité pour les professionnels de se doter d'outils leur permettant d'avoir une vision claire de l'état de la personne soignée et une traçabilité des activités de soins.

Nous pouvons utiliser la grille d'évaluation de la relève clinique qui reprend de l'organisation de la relève à l'analyse de contenu des informations échangées.⁴⁶

⇒ **Analyse des pratiques professionnelles**

La méthode utilisée sera guidée par le thème que nous souhaitons approfondir.

⁴⁴ Guide du service infirmier, terminologie des soins infirmiers, glossaire provisoire, n°3 série soins infirmiers BO n°86-21bis

⁴⁵ Evaluation de la tenue du dossier du malade, ANAES : service évaluation hospitalière Juin 1994

⁴⁶ DANCAUSE Florence - CHAUMAT Elisabeth - Les transmissions ciblées au service de la qualité des soins : guide méthodologique - Editions Masson - Paris - JUIN 2000 p81

De l'accueil de la personne à l'identification des problèmes de santé ou l'élaboration du projet de soins ainsi que sa mise en place.

Les résultats feront l'objet d'un débat au sein de l'équipe afin d'élaborer des actions correctives.

L'évaluation pourra être globale sur une norme comme l'accueil ou ciblé sur un soin précis.

■ *Interlocuteurs ciblés : PROFESSIONNELS INTERNES ET EXTERNES*

⇒ **Analyse de la fiche de liaison**

Nous avons pour mission d'assurer la prise en charge globale du patient aussi bien à l'intérieur de l'institution entre les différents services qu'à l'extérieur avec les différents partenaires.

La fiche de liaison doit pouvoir s'élaborer avec les différents professionnels concourant à la prise en charge du patient.

L'évaluation portera sur la pertinence des informations et leur utilisation par tous les professionnels de santé.

3.4 POSITIONNER L'ENCADREMENT DANS LA PRISE EN CHARGE GLOBALE DU PATIENT

Ce positionnement se situe en deux points :

- Le cadre comme garant de la mise en place de la politique de l'établissement :
Management stratégique

- Le cadre comme animateur d'une équipe : Management opérationnel

3.4.1 LE CADRE ET LE MANAGEMENT STRATEGIQUE

Le rôle de la Direction des soins est bien de guider le personnel d'encadrement dans le choix d'un projet d'unité cohérent et de renforcer le projet d'établissement.

Pour cela, la fonction doit passer par le développement de solutions innovantes concernant le fonctionnement de l'hôpital et de sa fonction soignante.

La Direction des soins doit investir trois rôles :

- Un rôle de valorisation des compétences au niveau des cadres. Comme nous avons pu le voir au cours de l'enquête les Directions des soins, souhaitent être plus à l'écoute et favoriser l'autonomie des cadres.
- Un rôle d'évaluation qui requiert une capacité d'analyse stratégique afin de pouvoir suivre le cadre dans la démarche projet et la mise en place des objectifs.
- Un rôle de dynamisation qui repose sur une capacité à déléguer, à fédérer autour d'objectifs communs.

Pour l'encadrement, il est indispensable de communiquer sur ses intentions, sur les difficultés qui surgissent, sur les réussites et de limiter les cloisonnements.

Le cadre doit faire preuve d'écoute, de dialogue.

Nous devons tenir compte des ressources dont l'encadrement dispose pour réaliser les actions stratégiques.

Notre fonction de Directeur des soins nous amène à proposer une réflexion sur la fonction cadre. Nous pensons que cette fonction requiert un certain nombre de compétences et de connaissances sur la ***prise en charge globale du patient***.

Afin que le cadre puisse poursuivre la politique de l'établissement, il doit y avoir participé.

Dans un établissement, la Direction des soins proposait un séminaire sur la politique de santé, les axes de la conférence régionale de santé, la santé publique. Cette démarche nous paraît intéressante pour mettre à niveau l'encadrement sur les pré-requis nécessaires à une réflexion sur la prise en charge globale du patient.

Le développement des réseaux est une notion qui doit pouvoir nous ouvrir sur une façon de soigner différente.

Des compétences particulières sont à mobiliser pour permettre de mobiliser les énergies vers un objectif commun.

Nous pouvons citer la conduite de changement, la gestion des compétences, la communication interne.

3.4.2 LE CADRE ET LE MANAGEMENT OPERATIONNEL

Ce type de management est le plus souvent acquis par l'encadrement.

L'animation d'équipe, la conduite de réunions et la conduite d'entretiens pour ne citer que quelques exemples.

Nous pouvons confirmer que le cadre, s'il a ces compétences pourra plus aisément mettre en place un processus d'amélioration de la prise en charge du patient. Il pourra intervenir si les pratiques professionnelles ne vont pas dans le sens des valeurs défendues au sein du service. Une réflexion d'équipe favorisera les échanges et une amélioration de la situation par la prise en compte des différences et l'émergence d'une *identité collective*.

La Direction des soins doit pouvoir évaluer la capacité de l'encadrement à mener à bien un projet et fédérer les ressources autour d'orientations claires et cohérentes.

Au delà de l'évaluation, pouvoir mettre en place des actions de formation pour arriver au niveau souhaité.

Ces actions de formation peuvent être internes, en effet certains cadres ont des compétences particulières et peuvent enrichir le groupe.

La direction des soins doit être claire sur ses objectifs et la politique qu'elle poursuit.

Elle doit être à l'écoute, se rendre disponible pour pouvoir expliciter, reformuler, et communiquer.

Cette communication si elle est "**assertive**" permettra aux cadres, ses collaborateurs de pouvoir exprimer doutes ou réflexions, difficultés ou réussites.

3.5 LES OUTILS D'ORGANISATION ET DE GESTION DES SOINS FAVORABLES A UNE PRISE EN CHARGE GLOBALE DU PATIENT

Nous ne reviendrons pas sur la nécessité du dossier de soins, des transmissions et de la sectorisation, mais comment ces outils peuvent favoriser s'ils sont bien utilisés la prise en charge globale du patient et comment évaluer leur pertinence.

3.5.1 LE DOSSIER DE SOINS

Dans le décret relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier, l'article 3 précise "***l'infirmier est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers***"⁴⁷

Le dossier de soins est "***un document unique et individualisé regroupant l'ensemble des informations concernant la personne soignée. Il prend en compte l'aspect préventif, curatif, éducatif et relationnel du soin. Ce dossier a pour but d'améliorer la qualité des soins et l'organisation des soins.***"⁴⁸

Au cours de nos entretiens, les équipes ont remarqué que le recueil de données effectué à l'entrée du patient n'était pas toujours complet et un certain nombre d'informations n'y apparaissaient pas ce qui était préjudiciable à la prise en charge du patient.

3.5.2 LE RECUEIL DE DONNEES

Le recueil de données comprend :

- Des informations sur les données vitales : allergies, antécédents, allergies.
- Les habitudes de vie : nous pouvons les définir comme "***les usages d'une personne ou d'un groupe qui concernent tous les grands domaines et assurent le maintien et l'entretien de la vie, et quoi déterminent les façons de se situer et de s'identifier.***"⁴⁹

Nous y retrouvons les habitudes liées aux actes de la vie courante. C'est ici que nous faisons référence à une théorie de soins, indispensable à un recueil de données prenant en compte la personne dans sa globalité.

⁴⁷ Décret 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier

⁴⁸ Guide n°1 série soins infirmiers : le dossier de soins Direction des Hôpitaux BO n°85/7 bis 1985

⁴⁹ Guide n°3 série soins infirmiers : Terminologie en soins infirmiers, glossaire provisoire BO n°86/21 bis 1986

- L'état des fonctions de L'état des fonctions de santé : **“c'est un ensemble d'informations, issues de l'entretien avec la personne soignée ou sa famille, de l'examen clinique médical que l'infirmière va utiliser.”**⁵⁰

Nous souhaitons obtenir un recueil de données complet et réajusté au cours de l'hospitalisation et d'évolution de l'état du patient.

Pour cela nous pensons indispensable d'évaluer les recueils de données de dossiers de soins.

Nous avons citer la grille de **l'ANAES**, mais nous pouvons mettre en place une méthode globale qui contribuera à la qualité du soin infirmier : la méthode **IGEQSI**.⁵¹

Cet outil comporte 31 normes et 345 critères structurés en 6 dimensions. Il est destiné à améliorer la qualité des soins infirmiers.

La méthode consiste à comparer **“ de façon objective la réalité des soins infirmiers avec des normes et des critères acceptés.”**⁵²

Nous pouvons analyser une situation réelle à l'aide de normes et critères acceptés par le personnel infirmier, les patients et les besoins de l'unité de soins. Cette méthode est prospective. L'outil peut être utilisé pour analyser un domaine particulier dans la prise en charge du patient. Son utilisation permet de s'attarder sur une ou plusieurs unités.

La pratique doit se faire dans une optique d'amélioration de la qualité et non dans une optique de contrôle. Cet instrument se veut un outil de motivation grâce à la participation d'infirmières et cadres formés à la méthode et à l'observation.

Les résultats apparaissent sous la forme d'histogrammes et chaque unité reçoit ses résultats tandis que la Direction des Soins reçoit ceux de toutes les unités.

De ces évaluations, émergeront des plans d'action qualité. Ils consistent à planifier et à mettre en œuvre une stratégie appropriée au maintien et à l'amélioration de la qualité observée.

⁵⁰ Guide du service infirmier série soins infirmiers : Etude d'orientation pour informatiser la démarche de soins infirmiers BO n°92-12bis 1992

⁵¹ I.G.E.Q.S.I : Instrument Global d'Evaluation de la Qualité des Soins Infirmiers - Raymond GRENIER - Canada - méthode issue du Rush médoc Nursing Process Methodology

⁵² GRENIER Raymond cité dans Management des unités de soins HUBINON Myriam Editions De Boeck universités p252

L'importance et l'impact d'une démarche d'évaluation de la qualité de la prise en charge du patient exige :

- L'accord et l'implication des décideurs institutionnels, dans la mesure où il y aura un coût financier lié à la formation et au logiciel de traitement des données.
- L'information et l'adhésion des acteurs concernés
- La planification et la coordination des actions
- La formation des observateurs
- La mise en place d'un comité de pilotage
- La pertinence et l'efficacité de l'outil d'évaluation

3.5.3 LA FICHE DE LIAISON

Un certain nombre d'informations émaneront du recueil de données. Nous insisterons sur l'importance de collaborer avec tous les professionnels pour élaborer cette fiche de liaison. Nous pourrions y trouver une synthèse de la prise en charge globale de la personne par le service de soins infirmiers. Ses éléments peuvent se présenter sous la forme de Résumé de Soins Infirmiers, avec les problèmes posés par le patient, les objectifs, les actions, et la situation au jour de la sortie.

3.5.4 LES TRANSMISSIONS

Comme nous avons pu le voir dans le chapitre précédent, les transmissions doivent tendre vers des informations utiles, fiables et permettant la prise en charge globale du patient. Avec la **Réduction du Temps de Travail**, et la quasi-disparition des chevauchements entre équipes, il convient de trouver des outils permettant véritablement de répondre au mieux aux besoins de la population et aux exigences professionnelles actuelles. Nous devons également éviter les retranscriptions répétitives et les erreurs de fonctionnement entre les équipes de soins pour accroître la sécurité des patients **“ et le confort des soignants en matière de gain de temps.”**⁵³

Les transmissions ciblées sont facilement acceptées et utilisées par les soignants car elles sont très opérationnelles. Depuis une dizaine d'années, elles ne cessent d'évoluer.

⁵³ DANCAUSE Florence - CHAUMAT Elisabeth : les transmissions ciblées au service de la qualité des soins - guide méthodologique - Paris - Editions Masson 2000 p3

Elles s'adressent aussi bien aux soignants qu'aux médecins qui y retrouvent des informations structurées et qui offrent aux patients la sécurité et la fiabilité des soins dispensés.

Dans l'**annexe 3**, nous pouvons visualiser la comparaison entre les transmissions narratives et les transmissions ciblées.

Les transmissions ciblées complétées par une planification murale des soins sur 24 heures permettront une coordination des soins avec l'équipe pluridisciplinaire qui intervient autour du patient.

3.5.5 LA SECTORISATION

Un travail de réflexion sur le travail en binôme doit se faire.

En effet, la sectorisation implique une infirmière référent et une aide soignante qui doivent pouvoir accomplir un certain nombre d'actes ensemble en lien avec la législation professionnelle.

La sectorisation s'accompagne d'un travail préalable sur le soin et la prise en charge du patient.

L'organisation s'articule autour du patient tout en respectant les priorités.

Les transmissions s'effectuent à l'équipe relais et permet une continuité de la prise en charge.

3.6 DONNER DU SENS AUX ACTIONS

La fonction de Directeur des Soins se situe comme nous avons pu le développer, dans le domaine stratégique. En tant que membre de l'équipe de direction, et en tant que responsable du service de soins.

Nous devons être vigilant sur les axes que nous souhaitons voir développer dans le cadre d'une politique d'établissement.

La collaboration avec les différents professionnels mais aussi les médecins et la Direction va permettre d'engager un dialogue et de cheminer vers un objectif commun.

La Direction des soins peut faciliter cette démarche de collaboration.

Nous pensons essentiel de replacer le patient au cœur de nos préoccupations professionnelles.

Nous avons pu étudier que la législation nous aide dans ce sens mais les pratiques n'évoluent pas au même rythme.

La stratégie qu'un établissement souhaite développer doit se référer à des valeurs, à un contexte réglementaire et contextuel.

L'évolution du projet d'établissement va tendre vers la formulation d'un projet commun et de spécificité par type de projets.

La profession soignante a peut être plus d'expérience à l'expression de valeurs ou de concepts.

Mais nous pouvons avancer que les équipes médicales ou de direction éprouvent le même désir d'un soin de qualité et d'amélioration continue.

Nous pensons que la collaboration peut se concrétiser par la mise en place de séminaires rassemblant les acteurs de l'établissement dans un premier temps, qui vont permettre l'expression des représentations de chacun **sur la notion de prise en charge globale** afin de travailler sur un langage commun.

Les valeurs qui fondent le service public hospitalier comme le respect, l'écoute se retrouvent dans chaque acteur de l'institution et nous devons ensemble continuer à œuvrer dans ce sens.

CONCLUSION

L'objectif de la réflexion menée dans ce mémoire était de fournir un éclairage à une situation jugée complexe, à laquelle nous serons confronté en tant que Directeur des Soins.

Les apports pédagogiques de notre année de formation, les échanges avec des professionnels et les lectures ont nourri notre recherche.

Nous avons conscience de n'avoir soulevé qu'une partie du problème, et que d'autres réflexions peuvent être menées. Cependant, ce travail nous a fait cheminer dans les domaines du projet de soins, du management et de la stratégie.

Nous avons mis l'accent sur le travail de réflexion indispensable à tout projet.

Nous avons réalisé au cours de ce travail, la nécessité d'une collaboration des différents acteurs d'un établissement hospitalier et l'importance de communiquer afin de répondre au mieux aux besoins des patients.

Nous avons également pu observer que d'une notion apparemment comprise par tous :

“La prise en charge globale du patient”, les représentations étaient importantes à verbaliser pour permettre de se comprendre et de pouvoir réfléchir ensemble.

Nous avons vu que la fonction de cadre était importante dans sa particularité de manager d'une équipe et porteuse de valeurs.

Nous souhaitons développer au cours de notre fonction de Directeur des Soins un partenariat avec les différents acteurs institutionnels et extra hospitaliers pour favoriser cette prise en charge globale.

Nous sommes convaincus que l'hôpital évolue et va poursuivre son évolution. La richesse des hommes qui y travaillent permet ce changement.

Nous pensons qu'une culture de l'évaluation est à poursuivre. La démarche d'accréditation a déjà instaurée cette culture, mais il faut davantage s'interroger sur nos pratiques professionnelles afin de les faire évoluer.

Enfin, nous sommes persuadés que le nouveau texte réglementaire sur la fonction de Directeur des Soins et surtout de Coordonnateur va permettre une évolution du champ de responsabilités, et un travail plus étroit avec différents partenaires. Cette démarche ayant pour but l'amélioration continue de la prise en charge du patient.

***“ je suis parfaitement conscient de n’avoir soulevé le voile que sur une infime
partie d’un immense continent ”***

Basarab NICOLESCU

Bibliographie

OUVRAGES

- ALTER Norbert**, *Sociologie de l'entreprise et de l'innovation*, Collection 1^{er} cycle, Editions PUF, 1996, 229p
- ALBUZ Georges et DEBROSSE Denis**, *Réussir le changement à l'hôpital*, Paris, Interéditions, 1996, 249p
- BERNOUX Philippe**, *La sociologie des organisations*, Paris, Editions du seuil, 1985, 382p
- BOUTINET Jean-Pierre**, *Anthropologie du projet*, Paris, Editions PUF, 1993, 301p
- CHABOISSIER Mercèdes**, *De l'acte pédagogique au changement social*, Editions AFCORD, 1996, 178p
- COLLIERE Marie-Françoise**, *Promouvoir la vie*, Paris, Editions Masson, 1982, 391p
- CREMADEZ Michel**, *Le management stratégique hospitalier*, Paris, Interéditions, 1997, 448p
- CROZIER Michel et FRIEDBERG Erhart**, *L'acteur et le système*, Paris, Editions du seuil, 1993, 500p
- DANCAUSE Florence et CHAUMAT Elisabeth**, *Les transmissions ciblées au service de la qualité des soins*, Paris, Editions Masson, 2000, 174p
- DUBAR Claude**, *La socialisation construction des identités sociales et professionnelles*, Paris, Editions Colin, 1996, 276p
- DUBOYS FRESNEY Catherine et PERRIN Georgette**, *Le métier d'infirmière en France*, Paris, Editions PUF, 1996, 127p
- GONNET Françoise**, *L'hôpital en questions*, Editions Lamarre, 1992, 359p
- HESBEEN Walter**, *La qualité du soin infirmier*, Paris, Editions Masson, 1998, 168p
- HESBEEN Walter**, *Prendre soin à l'hôpital*, Paris, Interéditions, 1997, 208p
- HIRSCH Emmanuel**, *Soigner l'autre*, Paris, Editions Belfond, 1998, 236p
- HONORE Bernard**, *La santé en projet*, Paris, Interéditions, 1996, 221p
- HUBINON Myriam**, *Management des unités de soins*, Paris Bruxelles, Editions De boeck universités, 1998, 353p
- JODELET Denise**, *La représentation sociale*, Editions sociologie d'aujourd'hui, PUF, 1989, 423p
- KOURILSKY BELLIARD Françoise**, *Du désir au plaisir de changer*, Paris, Interéditions, 1995, 324p

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, *Guide du service infirmier, Le dossier de soins*, Paris, B.O., 1985, n°7-bis

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, *Guide du service infirmier, Le lien pour la continuité des soins entre les différents modes d'exercice*, Paris, B.O., 1992, n°14-bis

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, *guide du service infirmier, terminologie des soins infirmiers*, Paris, B.O, 1986, n°3

NIZARD Georges, *L'hôpital en turbulences*, Editions Privat, 1995, 181p

QUIVY Raymond et VAN CAMPENHOUDT Luc, *Manuel de recherche en sciences sociales*, Paris, Editions Dunod, 1995, 284p

RAVENNE Christie, *Les nouvelles missions du management*, Paris, Editions ESF, 1988, 99 p

REVUES

CHAURY Renée et HERVOIR Françoise, *Intérêt du patient et projet de soins infirmiers*, Soins formation-pédagogie-encadrement, n°23, 3^{ème} trimestre 1997, p22-23

DUBAR Claude, *Identités professionnelles, le temps du bricolage*, Sciences humaines, n°114, Mars 2001, p23

FORMARIER Monique, *Recherche en soins infirmiers*, n°23, Décembre 1990

GUYOT Jean-Claude, *Une profession en quête de sens*, Sociologie Santé, n°17, 1997, p105-111

RIOUAL Claude, *Soins infirmiers : sens, non sens d'une pratique*, Sociologie Santé, n°17, 1997, p7-11

SOULAN Jeanine, *Une profession d'infirmière en voie d'évolution*, Sociologie Santé, n°17, 1997, p19-27

VILBROD Alain, *Les fondements de l'identité professionnelle*, Informations sociales, n°94, p 42

WENNER Micheline, *L'univers du soin infirmier*, Soins Formation-pédagogie-encadrement, n°23, 3^{ème} trimestre 1997, p 26-28

MEMOIRE

ROYER COHEN Nicole, *L'insertion du projet de soins infirmiers dans le projet d'établissement : une négociation pour l'Infirmière Générale*, Mémoire d'Infirmier Général, 2000

TEXTES REGLEMENTAIRES

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

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

Décret n°81-539 du 12 mai 1981 relatif à l'exercice de la profession d'infirmier

Décret n°92-264 du 23 mars 1992 relatif aux études conduisant au diplôme d'état d'infirmier et d'infirmière

Décret n°93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier

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

Circulaire n°95-22 du 6 mai 1995 relatif à la charte du patient hospitalisé

Circulaire n°317 du 1^{er} juin 1999 relatif à la création de la commission de conciliation

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

Circulaire n°97-277 du 9 avril 1997 relative aux réseaux de soins et communautés d'établissements

Décret n°95-1000 du 6 septembre 1995 relatif au code de déontologie médicale

Loi n°98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions

Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de Directeur des Soins de la fonction publique hospitalière

Liste des annexes

ANNEXE N°1 : Guide d'entretien personnel soignant

Guide d'entretien cadre

Guide d'entretien Directeur des soins

ANNEXE N°2 : Grille d'analyse des projets de soins infirmiers

ANNEXE N°3 : Exemple de comparaison entre les transmissions narratives et les transmissions ciblées (document GRIEPS)

Guide d'entretien du personnel soignant : Infirmier, aide-soignant

- 1- Qu'est-ce qui vous satisfait le plus dans le service ?
- 2- Qu'est-ce qui ne vous convient pas dans le service ?
- 3- Connaissez vous les objectifs de service et pouvez vous les citer ?
- 4- Pensez vous que l'organisation a une influence sur votre façon de soigner ?
- 5- Pensez vous que la prise en charge médicale a une influence sur votre façon de soigner ?
- 6- Qu'est ce qui est important pour vous dans votre pratique de soins ?
- 7- Si vos collègues ne partagent pas vos valeurs, comment réagissez vous ?
- 8- Pensez vous que le cadre a une influence sur votre façon de soigner ?
- 9- La prise en charge globale du patient, quelle signification pour vous ?
- 10- Connaissez vous le projet de soins infirmiers ?
- 11- Y avez vous participé ?
- 12- Avez vous besoin de ce document pour vous y référer ?

Guide d'entretien des cadres


- 1- Qu'est ce qui vous satisfait le plus dans le service en tant que cadre ?
- 2- Qu'est ce qui ne vous convient pas dans le service en tant que cadre ?
- 3- Quelles sont vos valeurs professionnelles et comment les transmettez vous à l'équipe ?
- 4- Comment managez vous les différences de pratiques professionnelles ?
- 5- Quels sont les objectifs de service ?
- 6- Que signifie pour vous prise en charge globale ?
- 7- Comment cette prise en charge globale se traduit-elle dans les pratiques ?
- 8- Pensez vous que le médecin a une influence sur les valeurs de l'équipe ?
- 9- Avez vous participé au projet de soins infirmiers ?

Guide d'entretien des Directions des soins

- 1- Avez vous dans l'établissement un projet de soins infirmiers ?
- 2- Comment avez vous procédé ?
- 3- Quelle méthodologie avez vous choisie ? en fonction de quels critères ?
- 4- Pensez vous que les valeurs du projet et les pratiques de soins soient en lien ?
- 5- Quelle stratégie mettez vous en place pour y parvenir ?
- 6- Qu'est ce qui vous pose question dans les pratiques professionnelles ?
- 7- Pensez vous que le management des cadres a une influence sur les pratiques de soins ?
- 8- Pensez vous que le médecin a une influence sur les pratiques de soins ?
- 9- Que signifie pour vous prise en charge globale ?
- 10- Comment peut-elle se traduire dans les pratiques de soins ?

ANALYSE DU PROJET DE SOINS INFIRMIERS

HOPITAL	C.H (A)	C.H (B)	C.H (C)
NOMBRE DE LITS	900	500	1 000
Références réglementaires	Cités loi 91, avril 96, Décrets 93 Règles professionnels infirmières	Cités loi 91, avril 96, Décrets 93 Règles professionnels infirmières	Cités lois 91,96 Réglementation / objectifs
Référence projet d'établissement	/	En introduction	Relié
Référence projet médical	/	Oui	Relié
Référence SROSS	/	/	Oui
Valeurs ou principes professionnels	Prise en charge globale, convivialité, professionnalisme, équipe, éthique, compétences, qualité	Théorie de soins V. HENDERSON	Politique de soins Méthode Q.Q.O.Q.C
Définitions ou concepts	Prise en charge globale, soins de qualité	Définition de l'homme, de la santé et de la maladie	Concept par rapport aux objectifs

Description de la démarche	Oui avec calendrier	Oui avec calendrier	Oui avec calendrier
Composition des groupes de travail	Oui pluridisciplinaire	Oui pluridisciplinaire	Oui pluridisciplinaire
Diagnostic ou état des lieux préalables	Par service	Par service	Par service, collaboration médicale
Thèmes, objectifs généraux ou axes forts	Amélioration de la prise en charge de qualité, renforcer les compétences, améliorer les conditions de travail	Axes fédérateurs : évaluer la charge de travail, évaluer les protocoles, améliorer l'accueil et coordination	Axes de progrès : Forces, faiblesses
Objectifs opérationnels	Oui	Oui	Oui
Plans d'action	Oui	Oui	Oui
Moyens nécessaires	Oui, avec le coût	Non	Oui
Evaluation / résultats		Pas d'évaluation des pratiques mais résultats attendus	Oui
Plan de communication			CSSI, réunions cadres, forum et

interne	/	/	journal interne
Plan de communication externe	/	/	Diffusion dans les I.F.S .I et I.F.C.S
Particularité	/	/	/

**EXEMPLE DE COMPARAISON ENTRE LES TRANSMISSIONS NARRATIVES ET LES
TRANSMISSIONS CIBLEES (document GRIEPS)**

TRANSMISSIONS NARRATIVES		
Date	TRANSMISSIONS	SIGNATURE
23/08/1998	<p>La patiente se fatigue vite, souvent essoufflée. Conseils donnés pour qu'elle adapte ses efforts à ses possibilités. Prévention d'escarres +++. Protection mise au niveau du siège, très rouge cet après midi. TA prise. Traitement donné Urines gardées. A enfin eu des selles. Se sent soulagée Mise en DLD⁵⁴ de 17h à 17h45 Puis en DLG⁵⁵ de 20h à 20h45. Ne peut pas supporter plus longtemps. <i>Calciparine</i> (héparine calcique) 0.35 en SC à 20h00. Patiente très bavarde. Un peu moins essoufflée ce soir lors de la mobilisation</p>	<p>Mme MARTIN IDE</p>

⁵⁴ Décubitus Latéral Droit

⁵⁵ Décubitus Latéral Gauche

TRANSMISSIONS CIBLEES

Date			
23/08/1998	<p>CIBLES</p> <p>INTOLERANCE A L'ACTIVITE</p>	<p>TRANSMISSIONS</p> <p>D : Se fatigue vite. Souvent essoufflée</p> <p>A : Donné conseils pour qu'elle adapte ses efforts à ses possibilités.</p> <p>R : Un peu moins essoufflée ce soir lors de la mobilisation.</p>	<p>SIGNATURE</p> <p>Mme MARTIN IDE</p>
	<p>ALTERATION</p> <p>DE L'INTEGRITE CUTANEE</p>	<p>D : FESSES TRES ROUGES CET APRES MIDI.</p> <p>A : Fait prévention d'escarres Mis protection au niveau du siège Mise DLD de 17h à 17h45 en DLG de 20h à 20h45</p> <p>R : Ne supporte pas plus longtemps</p>	
	<p>CONSTIPATION</p>	<p>R : A ENFIN EU DES SELLES NORMALES</p> <p>Se sent soulagée.</p>	