



EHESP

Directeurs des soins

Promotion : **année 2008**

Date du Jury : **Septembre 2008**

Personnaliser les soins, une politique du directeur des soins

Dominique ANGER

Remerciements

Nous tenons à remercier l'ensemble des équipes qui ont bien voulu nous accueillir et répondre à nos questions parfois déstabilisantes. Leur implication dans la qualité des soins ne saurait être mise en doute. Ce travail a pour ambition de comprendre la problématique posée sur le terrain, afin de pouvoir mieux aider les équipes de soins dans notre prochaine fonction.

Sommaire

Introduction	1
1 Le résultat mitigé des évaluations des pratiques infirmières	6
1.1 La formalisation des pratiques cliniques	6
1.2 L'observation dans les 3 établissements étudiés	7
1.3 Les résultats d'évaluation des pratiques infirmières	9
1.3.1 L'évaluation annuelle des dossiers de soins au CHLM	10
1.3.2 L'évaluation annuelle des dossiers de soins au CHG.....	11
1.3.3 L'évaluation des pratiques de soins au CHL.....	13
2 La complexité du raisonnement clinique infirmier.....	15
2.1 Un raisonnement clinique infirmier peu explicité.....	15
2.2 Une implication dans la démarche clinique, facteur d'insécurité.....	17
2.3 Les soins de développement, un projet d'unité au service de la personnalisation des soins.....	20
3 Personnaliser les soins, une politique de la direction des soins	25
3.1 Définir la politique de management de la direction des soins	25
3.1.1 Positionner la CSIRMT comme instance de validation des projets du service de soins.	26
3.1.2 Définir les responsabilités respectives des cadres de santé, dans le champ de la clinique.....	26
3.1.3 Valoriser les initiatives des cadres de santé et les travaux des équipes	28
3.2 Positionner la direction des soins dans le processus d'évaluation des pratiques professionnelles	30
3.2.1 Dynamiser l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP).....	30
3.2.2 Dynamiser la réflexion en équipe autour de plans de soins guide, voir de chemins cliniques.	31
3.2.3 Dépasser le vocabulaire « technocratique » professionnel	32
3.3 Développer l'autonomie des acteurs du service de soins.....	33
3.3.1 Faire émerger les nouveaux métiers : IDE clinicienne, IDE soignante coordinatrice... ..	33
3.3.2 Adapter l'organisation des unités de soins	33
3.3.3 Développer le tutorat pour les étudiants et les nouveaux arrivés	34

Conclusion	35
Bibliographie.....	36
Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

ARH : agence régionale de l'hospitalisation
CGS : coordonnateur général des soins
CHG : centre hospitalier de G
CHL : centre hospitalier de L
CHLM : centre hospitalier de LM
CLUD : Comité de lutte contre la douleur
CRUQPC : commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge
CS : cadre de santé
CSIRMT : commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
CSP : cadre supérieur de pôle
CSS : cadre supérieur de santé
DI : diagnostic infirmier
DS : directrice des soins
DSI : dossier de soins (infirmier)
EI : élèves infirmier(e)s
EPP : évaluation des pratiques professionnelles
EPRD : état prévisionnel des recettes et des dépenses
ETP : équivalent temps plein
EHPAD : établissement d'hébergement de Personnes Agées Dépendantes
IDE : infirmier(e)
IFCS : institut de formation des cadres de santé
IFSI : institut de formation en soins infirmiers
MCO : médecine chirurgie et obstétrique
PRP : praticien responsable de pôle
PSG : plan de soins guide
TC : transmissions ciblées
SAU : service d'accueil des urgences
SDD : soins de développement
SMUR : service mobile d'urgence et de réanimation
SSR : soins de suite et de rééducation

Introduction

Un soin de qualité est défini par l'Organisation Mondiale de la Santé comme une démarche qui doit permettre de garantir, à chaque patient, l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques, qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur cout pour un même résultat, au moindre risque iatrogène, et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats, de contacts humains à l'intérieur du système de santé. Les résultats de la procédure de certification des établissements conduite par la Haute Autorité en Santé (HAS), montrent qu'au classement des références les plus souvent concernées par une décision, vient en premier, le fait que les professionnels ne formalisent pas un projet explicite pour le patient, fondé sur l'évaluation initiale de son état et ne l'associent pas suffisamment. Le dossier du patient est impliqué au second rang.

Le Manuel de Certification des établissements de santé (édition 2007) réclame la présence dans le dossier des résultats de l'évaluation de la compréhension par le patient (référence 19a-b). Sa volonté doit être respectée (20a). Le patient et son entourage sont partie prenante dans l'élaboration et le suivi du projet thérapeutique (24a-b). La qualité de l'information contenue dans le dossier (28b-c) est actualisée tout au long de sa prise en charge et également après sa sortie. Le programme d'éducation thérapeutique adapté à son état, est mis en place en veillant à sa compréhension (36a). La personnalisation des soins est une attente forte de notre société.

Or, les évaluations institutionnelles (évaluation des dossiers de soins, du comité de lutte contre la douleur...) sont souvent décevantes dans ce domaine.

Le discours professionnel infirmier se fait cependant l'écho d'une prise en charge globale et personnalisée, la démarche de soins permettant d'organiser les soins sur la base du « jugement clinique » de la situation de la personne. Le champ de la « clinique », est la pratique effectuée auprès du malade, il fonde l'enseignement dispensé à son chevet, la somme des connaissances acquises de cette façon (de Kline en grec, lit).¹ Le « jugement » quant à lui, cerne la faculté d'apprécier les choses avec discernement, d'émettre une opinion, un avis. C'est une fonction ou acte de l'esprit consistant à affirmer ou nier une existence ou un rapport. Les infirmières (IDE) se centrent sur le patient, prennent appui sur l'analyse de sa situation dans le cadre d'une démarche clinique. Elles sont amenées à mettre en perspective la singularité du patient et leurs références professionnelles en matière de soins. Elles raisonnent pour effectuer une proposition de prise en charge, afin de rétablir le niveau d'autonomie souhaitée. Mais le raisonnement

¹ Dictionnaire Hachette

est un acte ambigu², une opération par laquelle on passe de certaines propositions posées comme prémisses, à une proposition nouvelle, en vertu du lien logique qui l'attache aux premières. Le raisonnement est une opération discursive (*discurrere*, courir çà et là) et se distingue ainsi de l'intuition (*intueri*, voir), qui est la saisie immédiate et globale d'un objet de pensée. Il est un moyen de preuve ou de justification. La façon la plus normale d'établir une proposition qui n'est pas immédiatement évidente, est de montrer qu'elle se rattache, à telle autre dont la vérité est reconnue...

Nous sommes interpellée dans notre pratique professionnelle en tant que directeur des soins par le résultat paradoxal des évaluations. Il nous invite à analyser les mécanismes à l'œuvre dans le comportement des infirmières, afin d'améliorer les pratiques professionnelles. Fiabiliser le raisonnement clinique infirmier est un enjeu pour personnaliser les soins. Le directeur des soins³ coordonne l'organisation et la mise en œuvre des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, en assure l'animation et l'encadrement. Il détermine une politique d'évaluation des pratiques de soins, élabore avec l'ensemble des professionnels concernés le projet de soins. Enfin, il détient par délégation du chef d'établissement, l'autorité hiérarchique sur l'ensemble des cadres de santé, lesquels ont un rôle déterminant dans le processus de qualité des soins. Il est important qu'il s'implique pour analyser les freins et les difficultés rencontrées par les professionnels dans leur exercice et préparer ceux-ci aux évolutions futures de leur métier.

C'est pourquoi, dans ce travail de recherche, nous nous sommes intéressée à la question de départ suivante : « Pourquoi le raisonnement clinique est-il difficilement visible dans les pratiques professionnelles infirmières? ».

A ce stade du travail, plusieurs axes d'investigations nous ont semblé avoir une influence, comme la formalisation d'un modèle de référence du service de soins, les pratiques professionnelles réflexives des infirmières (Staffs, études de cas, évaluation des pratiques professionnelles), le fait que les cadres de santé investissent le champ clinique...

La méthodologie a été la suivante :

Dans un premier temps, nous avons effectué un travail de recherche documentaire. Les requêtes par mots clés tels que « raisonnement » et « clinique » et « infirmier » nous ont conduite à élargir sur des thèmes approchant tels que « pratiques » et « infirmières », « démarche » et « soins », puis « diagnostics infirmiers ». Les articles et ouvrages répertoriés tant au centre de ressources et de documentation de l'école des hautes

² BLANCHÉ R., 1973, *Le Raisonnement*, P.U.F., Paris.

³ Décret n° 2005-550 du 19 avril 2005 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière.

études en santé publique, que sur la base de la banque de données de santé publique sont pour la plupart, antérieurs à 2000. Les thèmes de la « recherche et soins infirmiers » ou « sciences infirmières » réapparaissent en 2004-2006. Les articles sur le raisonnement clinique infirmier sont produits essentiellement par un auteur. Des publications concernant le raisonnement clinique médical explorent le processus cognitif mis en œuvre. Nous avons trouvé ces apports éclairants et transposables en partie pour un modèle infirmier. Nous avons complété la démarche par des entretiens⁴ auprès de professionnels de santé en exercice, menés lors des deux périodes de stages effectuées en tant que directeur des soins stagiaire, en mars 2008 au CHG et en Juin 2008 au CHL. Les entretiens individuels ont été enregistrés avec l'accord des professionnels entendus.

- 2 Directeurs des soins (DS), l'un au CHG, l'autre au CHL.
- 2 cadres supérieurs de pôle (CSP), l'un au pôle médecine oncologie du CHG, enseignant les transmissions ciblées et les diagnostics infirmiers, l'autre au pôle médecine du CHL, tous deux chefs de projet de l'évaluation du dossier de soins.
- 1 cadre de santé (CS) du service de néonatalogie et pédiatrie au CHG, nous n'avons pas eu la possibilité de conduire un entretien au CHL.
- 1 médecin chef d'unité de néonatalogie et pédiatrie au CHG.
- 1 infirmière clinicienne affectée à l'équipe de soins d'accompagnement au CHG.
- 1 infirmière nouvellement affectée à l'équipe mobile de la douleur au CHL.

Ces entretiens ont permis d'appréhender les attentes des professionnels vis-à-vis des pratiques cliniques infirmières, les difficultés rencontrées dans les unités de soins, les éléments facilitateurs. Les limites ont été le manque de disponibilité des personnels du CHL pour un temps d'entretien souvent interrompu, lorsqu'il a pu être organisé (IDE de l'équipe douleur, CSP du pôle médecine, directeur des soins), ce qui a nui à la cohérence de l'échange. Aucun entretien avec un cadre de santé ou un praticien hospitalier n'a pu être réalisé de manière spécifique dans cet établissement. Nous avons utilisé des informations issues d'autres temps de réflexion, pendant lesquels ont été abordés des points en lien avec l'exercice clinique infirmier. Les données obtenues lors de séances de travail collectives ont fait l'objet de prises de notes manuscrites.

- 1 Entretien du directeur des soins avec un praticien responsable de pôle (PRP), en vue de recruter un cadre de santé de l'unité de réanimation, avec la problématique d'affecter sur ce poste un cadre de la filière médico-technique dans l'attente du recrutement adéquat.

⁴ Cf. annexe n°1 : guide d'entretien.

- 1 Intervention de la directrice des soins à l'institut de formation en soins infirmiers (IFSI) du CHL, devant la promotion des étudiants infirmiers (EI) de fin de 2^e année, sur le rôle de la direction des soins et de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT).

Nous avons rencontré une conseillère technique régionale en soins infirmiers (CTRSI), qui a organisé en 2004 une journée régionale de travail sur la plus value du cadre dans le raisonnement clinique infirmier. Nous avons par ailleurs analysé les résultats d'évaluation des dossiers de soins du CHG, comparés à ceux de notre établissement d'affectation initiale (CHLM) pour 2007, et les résultats plus anciens d'une évaluation des pratiques de soins au CHL datant de 2002, en rapprochant ces informations des dispositifs mis en place dans chaque structure.

Dans un premier chapitre, nous mettrons en évidence le résultat mitigé en matière de qualité des pratiques de soins infirmiers. Ceci doit être mis en regard de la complexité du raisonnement clinique infirmier, ce que nous verrons dans un second chapitre. Les observations des professionnels nous conduiront à émettre des préconisations en tant que directeur des soins, dans un troisième chapitre, afin d'élaborer une politique de personnalisation des soins.

1 Le résultat mitigé des évaluations des pratiques infirmières

Le raisonnement clinique reste peu visible dans les écrits, comme le montrent les évaluations du dossier de soins, premier élément d'appréciation à notre disposition dans les établissements observés, alors que les références professionnelles en réclament la traçabilité.

1.1 La formalisation des pratiques cliniques

La formation infirmière a reposé dans un premier temps, sur les savoirs utiles pour seconder le médecin. A partir du courant de Florence NIGHTINGALE, l'accent fut mis sur l'autonomie professionnelle de l'infirmière⁵. Depuis, la profession évolue dans une ambivalence qui conduit à développer soit les soins, liés aux techniques médicales, soit une autonomie revendiquée par le rôle propre et la démarche clinique infirmière⁶. La fonction s'articule autour du rôle sur prescription et du rôle d'initiative et de responsabilité propre. Le code de santé publique définit la typologie de l'exercice infirmier et sa responsabilité en matière de soins. La démarche de soins et le diagnostic infirmier sont cités dans les textes⁷. L'exercice de la profession comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques /.. en relation avec les autres professionnels de santé (Article R4311-1). Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade.... Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de sa personnalité dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle.../ de concourir à la mise en place de méthodes et au recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions. Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmière a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'elle juge nécessaires conformément aux dispositions des articles R. 4311-5 et R. 4311-6. Elle identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue. Elle peut élaborer, avec la

⁵ Lire partout infirmier ou infirmière.

⁶ MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE L'INTEGRATION, septembre 2001, Guide du service de soins infirmiers, Normes de qualité pour la pratique des soins infirmiers, série soins infirmiers n°12, 2° édition.

⁷ MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA SOLIDARITE, Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 intégrant les décrets n°2002-194 réglementant l'exercice de la profession et n°1993-221 relatif aux règles professionnelles dans le Code de santé publique, partie IV, livre III, titre I, Profession d'infirmier ou d'infirmière, journal officiel du 09 aout 2004.

participation des membres de l'équipe soignante, des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative.

Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmière recueille des observations⁸ de toute nature, susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé de la personne et apprécie les principaux paramètres servant à sa surveillance. Le dossier de soins doit témoigner de toutes les informations pertinentes sur les problèmes de santé. Il reflète la qualité de la prise en charge, concrétise la collaboration inter disciplinaire, est un moyen privilégié de la continuité des soins, met en évidence la « valeur ajoutée » par les différents professionnels de santé. Il est un instrument de preuve, ainsi que de la trace de la volonté du patient. Il est le support d'évaluation de la qualité et de recherche en soins. Il est attendu que les notes infirmières soient concises, précises et objectives, que la traçabilité des actions infirmières soit fiable.

Les IDE pour assurer la continuité des soins, font des transmissions sur l'évolution des problèmes du malade. Ceci suppose qu'elles aient fait une analyse régulière des données le concernant, pour établir des soins personnalisés et adaptés à l'évolution clinique de sa situation. Cette analyse est donc soumise à un questionnement permanent, concernant leur observation et les choix qu'elles retiennent dans leur démarche. Cette opération mentale, si elle est personnelle à chaque soignant reste trop souvent implicite⁹. La qualité du raisonnement clinique est conditionnée par l'acquisition de compétences dans la clinique et dans la méthode. La dimension clinique, en présence du malade est essentielle. Le rôle de l'IDE est d'offrir des moyens complémentaires permettant à la personne de reconnaître et de découvrir ses ressources personnelles, pour résoudre ses problèmes liés à la pathologie, aux complications potentielles, aux réactions humaines physiologiques et psychologiques.

Si les recommandations sont claires sur le résultat attendu, le processus en lui-même est peu explicité par la profession infirmière. Les résultats observés des pratiques professionnelles restent souvent en deçà des normes de référence.

1.2 L'observation dans les 3 établissements étudiés

Les 3 établissements considérés dans cette analyse (CHLM, CHG, CHL) sont situés dans la même région, sont des établissements publics de santé comparables dans la mesure où ils sont le siège des mêmes spécialités du secteur médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), d'une maternité niveau IIB, d'un service de pédiatrie. Ils possèdent un

⁸ Article R4311-3 du code de santé publique.

⁹ PSIUK T., juin 1995, « Le raisonnement diagnostique dans l'activité quotidienne de l'infirmière » *Recherche en Soins infirmiers*, n° 41, p 17-20.

PSIUK T., mars 1997, « Le raisonnement clinique de l'infirmière dans son activité quotidienne, du raisonnement clinique aux concepts », *Recherche en Soins infirmiers*, n° 51, p 12-24.

service de néonatalogie, une unité de soins intensifs de néonatalogie et de cardiologie, un service de réanimation, un SAU (service d'accueil des urgences), un SMUR (service mobile d'urgence et de réanimation). Ils sont dotés d'un service de soins de suite et de réadaptation (SSR) et d'un secteur d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Ils ont développé de nombreuses alternatives à l'hospitalisation (médecine, chirurgie et psychiatrie). Ils sont équipés d'un important plateau technique (blocs opératoires, service d'imagerie médicale, laboratoires, service de pharmacie, unité de production des chimiothérapies, service de stérilisation. Le CHLM est doté en sus d'un service de médecine nucléaire et d'un service de radiothérapie, le CHG et le CHLM d'un secteur de psychiatrie et de pédopsychiatrie.

Si le CHLM et le CHL sont comparables en taille, le CHG a une capacité double de ceux-ci. La structure en personnels médicaux et non médicaux est différente et pénalise le CHL, en cours de restructuration.

Le CHLM, établissement de 459 lits et places, dessert une population de 460 000 habitants non stabilisée. L'activité enregistrée ne cesse d'augmenter (+ 29% sur la période 1995-2005). Le CHLM, intégré au plan hôpital 2007, prévoit sa reconstruction totale avec une augmentation de capacité. Il est l'objet d'un contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) qu'il a signé avec l'ARH, 40 postes sont à supprimer entre 2007 et 2008. La stratégie du directeur, arrivé en 2006, est de réduire les postes tout en préservant les ceux liés aux soins. Les personnels de soins représentent 1158 ETP agents et 269 ETP médicaux. En 2007, un nouveau coordonnateur des soins est arrivé dans l'établissement. Le projet de soins 2004-2008 doit faire l'objet d'un bilan en 2008. La politique d'évaluation annuelle du dossier de soins est limitée à 10 indicateurs, pour 44 dossiers de soins par service, 3 indicateurs sont liés à la prise en charge de la douleur. Le suivi d'une évaluation ponctuelle réalisée en 2001 a consisté à la formalisation partiellement standardisée du dossier de soins, l'élaboration d'un guide de cibles. Le projet de soins définit la politique de soins autour de 5 thèmes : l'éthique, le professionnalisme, le travail d'équipe, la recherche de la qualité, le management. Aucune référence n'est faite à une théorie de soins, le patient est cité comme partenaire de l'acte de soins. Il doit être informé pour être acteur. La personnalisation des soins fait l'objet de 6 fiches du plan d'action. Une formation institutionnelle aux transmissions ciblées (TC) et à l'entretien d'accueil est un axe du plan de formation depuis 2002.

Le CHG, d'une capacité de 922 lits et places, pour un territoire 261 000 habitants, s'est fortement restructuré en 2006. Les indicateurs épidémiologiques sont considérés par les experts comme défavorables par rapport à ceux de la région. Un taux de fuite du territoire, de plus de 50% des patients en chirurgie, de 30% en obstétrique est observé. La faible attractivité du CHG pour le recrutement des personnels de santé est notée. Les effectifs sont de 1396 ETP agents non médicaux et de 310 ETP médicaux. La

reconstruction totale de l'établissement est engagée pour 2012. Le CHG enregistre un résultat excédentaire pour l'exercice 2007, comme les années précédentes.

Le service de soins est dirigé par un coordonnateur de soins, qui exerce également une activité d'expert visiteur de la haute autorité de santé (HAS). Il est aidé d'un directeur des soins. Le projet de soins a été rénové en 2007. Il se fonde sur le concept du « prendre soin » développé par W. HESBEEN¹⁰. L'axe « améliorer la qualité des soins » décline 13 actions de prise en charge de la personne soignée. Chaque action est exprimée sous forme de modalités retenues, moyens techniques d'accompagnement relevant de la direction des soins ou d'une autre direction, acteurs à mobiliser, indicateurs d'évaluation, calendrier d'obtention des résultats. L'évaluation du dossier de soins existe depuis 1993, explore 87 indicateurs, évolue dans une perspective dynamique sous la conduite d'un groupe de référents d'unités, animés par 2 cadres supérieurs en autonomie. Les résultats sont formalisés.

Le CHL, 489 lits et places, est situé sur un territoire de 497 443 habitants. L'activité est préoccupante avec un taux d'occupation de chirurgie de 70,79%, d'hospitalisation de plus de 24 heures de 85,17% en 2006. L'établissement prévoit sa reconstruction dans le cadre du plan hôpital 2012. Il a signé un contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) avec l'ARH, marqué par une réduction des effectifs de soins de 43 ETP non médicaux entre 2004 et 2007. Les effectifs non médicaux sont de 787 ETP agents, les effectifs médicaux de 108 ETP. Suite à l'atteinte des objectifs du CREF, la volonté de la direction est de recruter sur les postes vacants en 2008. Un référentiel de soins infirmiers a été élaboré en 1997, sous l'égide de la direction des soins de l'époque, définissant les normes de qualité pour le service infirmier. Il était ambitieux, anticipait les normes de qualité de 2001. Il fixait un score de bonnes pratiques et d'atteinte des résultats à 50%. Une évaluation en 2002, à l'aide de cet outil, par les cadres de santé, a permis de formaliser le projet de soins, parvenu à échéance en 2007, sans que sa rénovation ait pu être anticipée. L'établissement, après 9 mois de vacances du poste, a accueilli une directrice des soins en octobre 2007.

1.3 Les résultats d'évaluation des pratiques infirmières

L'évaluation des pratiques infirmières se traduit dans les 3 établissements de l'étude de façon différente. Le CHLM et le CHG disposent d'une évaluation des dossiers de soins (DSI), qu'ils ne pratiquent pas avec la même intensité. Le CHL n'évalue pas les dossiers de soins, l'évaluation globale des pratiques des équipes de soins de 2002 est le seul élément à notre disposition. Comment comparer entre eux, les résultats d'évaluation aussi variés ? Nous recherchons dans cette étude, les éléments susceptibles de traduire la

formalisation du raisonnement clinique infirmier, il est donc intéressant d'investir ces « traces ». Les éléments d'évaluation sont rares. Les limites sont liées également à la faible cohorte d'observations réalisées dans le cadre de ce travail.

1.3.1 L'évaluation annuelle des dossiers de soins au CHLM¹¹

Les résultats doivent être mis en regard du nombre variable de dossiers audités par chaque cadre de santé (329 dossiers pour les 528 évaluations demandées aux 12 unités). Ce nombre pourrait servir d'indicateur concernant le management des soins par les cadres (62% de la commande). En effet, les réponses, pour une demande de la direction des soins, d'analyser 44 dossiers, varient de 3 à 44 suivant les unités. Les critères concernent la personnalisation des soins, l'évaluation de l'état initial du patient, de ses attentes, priorités et préoccupations. Elle révèle des lacunes dans la formalisation de la prise en charge, avec un taux de satisfaction aux critères de 0 à 100 % selon les unités de soins. Ramenée à l'établissement, la traçabilité de la réalisation d'un entretien d'accueil, est mesurée dans 72 % des dossiers. La synthèse de l'état psychologique du patient à son entrée est relevée dans 59,5% des cas, les attentes, les priorités et les préoccupations du patient dans 36,58%, les besoins perturbés à l'admission dans 63,91%. Des éléments plus techniques des soins comme l'évaluation chiffrée de la douleur sont présents à hauteur de 75 % au moment de l'admission, l'évaluation est faite au moins une fois par équipe pour 60,5 % des cas, l'apparition d'une douleur entraîne l'ouverture d'une cible pour 59,66% des dossiers.

En 2001, une évaluation de 92 dossiers de soins, dont l'exploitation a été réalisée en collaboration avec le médecin du DIM (département d'information médicale), constatait que seulement 20 % des transmissions ciblées comportait une évaluation des interventions en termes de résultats. En 2007, s'il est possible de déceler une légère amélioration des scores par le nombre d'entretiens d'accueil réalisés, il n'est pas possible de témoigner d'un engagement fort des IDE dans une dynamique de traçabilité des actions de soins, du recueil à l'évaluation de l'atteinte des résultats. La synthèse de l'état psychologique du patient, le relevé des besoins perturbés ne semblent pas être des points clé pris en compte. Un recueil à 36,58 % des attentes, des priorités ou préoccupations du patient préjuge difficilement d'une personnalisation des soins.

Au premier trimestre 2007, une enquête du comité de lutte contre la douleur (CLUD) explore 159 dossiers. Elle est encore plus défavorable, montre que selon les services, la prise en charge de la douleur est conforme dans 21 à 68 % des cas. Le score de l'établissement est de 52% d'évaluation réalisée à l'admission, de 40% de suivi de

¹⁰ HESBEEN W., 1994, *La réadaptation, du concept au soin*, Editions Lamarre, Paris.

¹¹ Cf. Annexe 2.

cette évaluation, de 46 % de cibles ouvertes pour qualifier la douleur. Le CLUD observe en particulier que les prescriptions ne sont pas respectées, sans qu'un critère ne mesure ce point. La prise en charge de la douleur est un des 3 axes prioritaires du projet de soins revu en 2002. Il existe des référentiels et travaux sur le thème, un plan de formation interne. Les moyens d'aide mis à la disposition des professionnels de santé ne sont pas négligeables et le résultat observé sur le terrain est décevant.

1.3.2 L'évaluation annuelle des dossiers de soins au CHG¹²

L'évaluation a commencé en 1997, après la mise en place du DSI unique en 1993, et la formation aux TC. Elle a pour objectif d'impliquer les soignants. Les évaluations incluent les équipes au groupe d'évaluateurs initial (groupe DSI). Les grilles ont évolué en fonction des recommandations de l'HAS. Le résultat montre une véritable progression de l'écrit soignant. Il y a échange, explications données dans le même temps. Le CSP, chef du projet, fait participer les cadres de santé, formés à l'autoévaluation. Chaque cadre doit évaluer 5 DSI avec des binômes IDE et aide soignants (AS) et renvoyer les grilles de critères au groupe DSI, lequel assure l'analyse, soit 155 dossiers pour l'établissement. Le groupe DSI pour sa part évalue un dossier, un jour donné, d'un patient sortant, tous les 3 ans, soit 62 dossiers. L'évaluation concerne les 31 unités de soins.

Une procédure validée au niveau institutionnel par la direction des soins et celle de la qualité, décrit l'algorithme (deux autoévaluations, une évaluation du groupe DSI). Les résultats sont cohérents entre autoévaluation et évaluation du groupe DSI. Les critères évoluent tous les ans, ils explorent maintenant la qualité des contenus. La réponse aux critères se traduit par une note sur 20. De l'initiative du groupe DSI, des points de pénalités ont été introduits en face de critères qui doivent être obligatoirement renseignés, afin de garantir la qualité de la démarche clinique.

En 2006, l'autoévaluation a porté sur 144 dossiers (sur les 155 demandés, soit un taux de réponse de 92,9%, que l'on peut comparer au taux de 62 % du CHLM). Un suivi de la progression d'année en année, par unité, est disponible sous forme de tableaux et graphiques. La note est analysée, elle est présentée sous 2 formes, avec et sans les pénalités. Les notes s'étagent de 0 à 20/20, le pourcentage d'unité au dessus de 10/20 est de 43% avec les pénalités, de 93% sans tenir compte des pénalités. L'évaluation par le groupe DSI en 2007 est précisée entre parenthèses, en gras, à titre comparatif. L'ensemble des résultats de l'évaluation 2007 n'était pas disponible à la fin de notre stage.

¹² Cf. Annexe 3.

Le recueil de données est en lien avec l'hospitalisation pour 84,3% des dossiers (**91% dans l'évaluation 2007**). Ce résultat est à rapprocher du score de 72% des entretiens d'accueil réalisé au CHLM. Les transmissions ciblées sont complémentaires au diagramme des soins, et non redondantes pour 84,7% des cas (**67%**). Elles sont organisées en DAR (données, actions, résultats) pour 81,5% (**67%**). Les cibles sont fermées pour 12,7% (**0%**). Les données sont estimées détaillées et complètes pour 85,7%, les actions détaillées pour 92,1%, les résultats en rapport avec la cible pour 75,7% (**58%**), organisées en MTVSP (Maladie, Thérapeutique, Vécu, Synthèse des Problèmes) pour 44,6% (**58%**). Ce dernier résultat est à comparer avec la prise en compte des attentes, priorités et préoccupations du patient à hauteur de 36,58% au CHLM. L'évaluation explore le processus de soin et notamment l'anticipation de la sortie. Le devenir est prévu pour 44,4% des cas (**100%**), la famille prévenue pour 62,9% (**100%**) et l'accompagnant pour 56% (**100%**). La traçabilité des documents fournis à la sortie pour 51,3% (**89%**), les ordonnances pour 56,7% (**89%**) et les modalités d'éducation du patient existent pour 18,1 % (**40%**) des dossiers.

L'évaluation de la douleur à l'admission est présente dans **100%** des dossiers, sous forme de courbe sur la fiche de température pour **67%**. Là encore, le score du DSI du CHLM de 75,91% d'évaluation à l'admission et de 60,5% de suivi au moins une fois par équipe, est inférieur. Le suivi de la douleur est inclus dans l'évaluation en routine, suite à un travail conjoint avec le CSP chef de projet au CLUD. En 2008, le groupe DSI a proposé une nouvelle grille d'évaluation qualitative, explorant en sus, les cibles exprimées en diagnostic infirmier, en diagnostic médical, en termes de besoins, d'actions... Des objectifs d'amélioration sont formulés. L'impact de la démarche est visible d'une évaluation à l'autre. Ainsi les améliorations remarquées en 2007, concernent les axes d'amélioration énoncés en 2006. La nécessité d'initier rapidement les nouveaux arrivés a été repérée, le turn over des IDE étant un facteur de diminution de la qualité observée. L'IDE clinicienne rapporte la réactivité des soignants par rapport aux résultats : *« Ils contestent, ou reconnaissent les résultats de l'évaluation du DSI, en tout cas, ça déclenche quelque chose, ça fait réfléchir »*.

Le cadre supérieur, chef de projet mentionne l'utilisation d'une démarche réflexive. La grille spécifique sur la qualité a été élaborée, en tant que guide d'analyse pour que les équipes puissent présenter leur dossier au groupe DSI. *« Tous les mois, 2 équipes présentent un dossier de soins et font des commentaires sur l'écrit IDE »*.

Le groupe DSI formule un rapport d'audit qu'il présente à la commission des soins (CSIRMT) et en comité de direction. Le CSP a en responsabilité un pôle, il n'y a pas de cadre supérieur transversal. Le poste a été supprimé lors de la création des postes d'assistants de gestion des pôles. Les fonctions transversales subissent une décroissance liée à la contractualisation avec les pôles. Le temps d'analyse est

chronophage. Elle estime passer 40% de son temps à cette activité. Elle estime que « *Le CSP doit rester proche du terrain, garder la « matière », cela donne crédibilité, légitimité* ». Il manque une secrétaire pour l'ensemble des cadres supérieurs, qui libèrerait du temps auprès des équipes. Tous les cadres ne maîtrisent pas l'outil informatique.

1.3.3 L'évaluation des pratiques de soins au CHL¹³

Une évaluation du dossier du patient a été réalisée sur la base des indicateurs COMPAQH (Coordination pour la mesure de la performance et de l'amélioration de la qualité hospitalière), dans la perspective de la 2^e visite de certification en 2005. Peu de critères explorent la pratique clinique infirmière. L'audit relève dans le dossier du patient (119 dossiers audités), les éléments indispensables du dossier de soins présents à 59,7%, et partiellement à 28,6%. La « pancarte », fiche synthétique qui reprend les différentes informations concernant l'état clinique du patient, les courbes, est dans 81,5% des dossiers, le résumé infirmier existe dans 37% des cas. Le guide du dossier de soins de 1996, mérite une révision en matière de traçabilité de l'administration du médicament, dans la mesure où il autorise le recopiage de la prescription formulée sous forme informatique, dans le cadre de la DJIN (dispensation journalière informatisée nominale). La grille d'évaluation du dossier de soins, non validée à l'heure actuelle, explore des critères de forme et non des critères de qualité du contenu.

En 2002, les cadres de santé ont réalisé une autoévaluation sur la base d'un référentiel de soins infirmiers élaboré en 1997. Les résultats mentionnent que le bilan de l'autonomie du patient est effectué, écrit, utilisé pour 42% des dossiers, réajusté pour 26%. Les objectifs de soins sont établis visant le maintien ou le rétablissement de l'autonomie pour 42%, les résultats sont notés dans 37% des réponses. Il existe un outil d'évaluation des problèmes et des risques majeurs pour 37%, le nombre de malades non soulagés est de 21%. Le projet de soins individualisé favorise la participation de la personne soignée pour 89,47%. Les cibles et diagnostics d'ordre psychologique sont posés dans 74% des cas, les écrits de suivi sont présents pour 79%, des objectifs de soutien psychologique sont déterminés par l'équipe à 42%. L'équipe est compétente pour assurer des soins éducatifs dans 68% des réponses. La capacité d'apprentissage de la personne soignée est évaluée et notée dans le DSI pour 58%, il existe des outils d'évaluation de la capacité dans 5% des cas. Il existe des protocoles de soins éducatifs dans 32% des cas.

Le service de soins marque sa volonté de personnaliser les soins, en facilitant le développement de l'autonomie et la participation du patient. La dynamique de la direction des soins de cette période est visible, mais les résultats restent insuffisants quant à la

¹³ Cf. Annexe 4.

traçabilité, le suivi et le réajustement des données. La période 2004-2008 subit l'impact du contrat de retour à l'équilibre financier (CREF). Les énergies sont accaparées par la réduction des effectifs, le départ de plusieurs directeurs des soins. La réflexion sur les soins se ralentit, aucune évaluation n'est réalisée depuis. Le projet de nouvelle grille d'évaluation du DSI, n'est toujours pas validé en 2008.

La comparaison entre les 3 établissements permet de noter l'avancement réel du CHG. Une activité soutenue de la direction du service de soins se traduit par la formalisation du projet de soins déclinant avec précision, les indicateurs d'atteinte des résultats. L'investissement des CSP, des cadres de santé (CS) permet un dynamisme et une culture de l'évaluation inscrite dans la durée. Les résultats disponibles sous forme de tableaux de bords sont suivis. Cette organisation fait progresser les équipes dans leur démarche clinique. L'intitulé des critères témoigne d'une recherche poussée pour améliorer la qualité du raisonnement clinique des professionnelles. La démarche est efficace avec des indicateurs de résultats de la personnalisation des soins, au moins de 58%. Les résultats sont mitigés pour les 2 autres établissements. Doit-on considérer les résultats des évaluations des dossiers de soins comme seuls témoins de la pratique clinique infirmière ? Il semble qu'au regard des textes réglementant l'exercice professionnel, ces éléments soient prépondérants. Pour autant, les infirmières sont réputées utiliser une méthode de réflexion pour ajuster les soins individualisés au patient. Les entretiens menés sur nos lieux de stage, nous permettent de compléter la problématique du raisonnement clinique infirmier.

2 La complexité du raisonnement clinique infirmier

Le raisonnement clinique infirmier est un questionnement basé sur l'observation clinique du patient. Il est trop souvent implicite, personnel à chaque IDE. Il est conséquent aux observations d'indices objectifs et non aux interprétations subjectives. Il doit évoluer vers un mode de raisonnement collectif, fondement d'un consensus professionnel.¹⁴ La profession effectue peu de recherches sur ce sujet. Le jugement clinique, faculté indispensable qui pose les conclusions du raisonnement, s'acquière et se développe avec l'expérience professionnelle. Le patient tient une place primordiale dans le savoir et le soignant va l'aider à construire « sa » solution. C'est en conjuguant toutes leurs compétences cognitives au savoir du patient que les professionnels de santé vont développer leur compétence. La démarche clinique n'est pas une démarche singulière à un professionnel de santé. Les médecins, les IDE, les autres professionnels suivent cette démarche interdisciplinaire. Un projet de soins d'unité au CHG renforce ce raisonnement en équipe, et reflète l'implication nécessaire.

2.1 Un raisonnement clinique infirmier peu explicite

L'approche complexe de la situation clinique d'une personne, amène à étudier l'interaction entre maladie, complications, réactions humaines physiologiques et psychologiques. La démarche de soins (soins prescrits par le médecin, soins prescrits par l'IDE, stratégie globale de soins) est la résultante de la démarche clinique (identification de l'ensemble des problèmes de santé réels ou potentiels, et des capacités mobilisables par la personne). Une philosophie des soins humaniste sous tend cette démarche. L'écoute est la compétence de base, mais ne suffit pas. Les connaissances en sciences médicales sont indispensables pour soutenir les actions, elles doivent être actualisées, et soutenues par les connaissances en sciences humaines. Le mécanisme du raisonnement clinique infirmier est peu investi par les chercheurs de la profession. Ce qui nous a amené à nous intéresser aux publications des autres professionnels.

Le corps médical étudie le processus mental du raisonnement clinique et publie des éléments cognitifs que nous pouvons prendre en compte.¹⁵ Le processus est hypothético-déductif, analytique, utilisant systématiquement une stratégie comprenant plusieurs étapes ; dès qu'une plainte est énoncée par un patient, naissent dans l'esprit du médecin plusieurs hypothèses diagnostiques, qui servent de cadre pour la recherche

¹⁴ PSIUK T., mars 2006, « La démarche clinique : évolution de la singularité vers l'interdisciplinarité. », *Recherche En Soins Infirmiers*, n°84, pp. 16-28.

¹⁵ DUNOD A.F., NENDAZ M., 2007, *Décision médicale ou la quête de l'explicite*, 2^e Edition, Genève: Médecine et hygiène, 270p.

d'informations supplémentaires. Les données cliniques sont interprétées pour juger de leur compatibilité avec l'hypothèse testée, puis celle-ci est elle-même évaluée pour être retenue, écartée, ou vérifiée par les données supplémentaires. Ce processus recommence avec de nouvelles hypothèses jusqu'à ce que le médecin atteigne le diagnostic clinique de présomption. La compétence diagnostique d'un médecin peut varier d'un cas à l'autre, alors que le même processus est toujours utilisé. Les médecins compétents ne se distinguent, ni par le nombre d'hypothèses générées, ni par la quantité d'informations recherchées, mais plutôt par leur capacité à collecter des données clés et à les interpréter correctement pour évaluer leurs hypothèses, ainsi que par la qualité des hypothèses testées. Le raisonnement consiste en un processus, dans lesquels les médecins reconnaissent un ensemble de données critiques, et appliquent correctement des règles stockées dans leur mémoire. Le processus part de données cliniques et aboutit au diagnostic. Mis dans des situations familières, les médecins reconnaissent directement le tableau clinique de manière automatique et inconsciente, à travers un processus non analytique. Ce dernier consiste à identifier au sein d'un cas clinique, soit des configurations caractéristiques de signes, soit une similarité avec des cas rencontrés précédemment. Ce modèle dit « des cas concrets » présente les catégories diagnostiques comme une collection de situations cliniques individuelles déjà rencontrées. Lorsque le clinicien est face à un patient, il compare les informations cliniques à celles stockées dans sa mémoire, pour les associer à un diagnostic donné. Le stade le plus élevé dans la compétence médicale se caractérise par l'existence en mémoire d'un énorme répertoire de cas concrets, et le raisonnement à ce stade n'est pas une résolution de problème, mais un repérage de solutions toutes faites, car déjà antérieurement mises en œuvre. Lorsque cette routine échoue, le médecin refait appel à un raisonnement hypothético-déductif. La caractéristique essentielle de la compétence diagnostique est la présence d'un savoir richement élaboré, dont les concepts sont reliés entre eux et sont organisés de manière à être directement utilisables en situation clinique. Le contact avec la pratique est essentiel à la mise en place de ce savoir et fonde le concept pédagogique de la mise précoce en situation clinique, notamment dans l'apprentissage de problèmes.

Le Dr L, médecin responsable du service de néonatalogie au CHG, fait remarquer que « *l'institut de formation en soins infirmiers (IFSI) n'insiste pas sur le raisonnement. Les étudiants infirmiers (EI) ne sont pas habitués à faire des liens entre les signes. Ils manquent de sémiologie (étude des signes cliniques)... Je pense qu'il faut travailler pour leur donner un vadémécum de signes, qu'ils puissent comprendre...* ». Les échanges avec les médecins peuvent améliorer les connaissances infirmières. Il considère que le raisonnement doit partir des définitions et des particularités qui les intéressent, par exemple, l'immaturation, l'hyperthermie, la régulation thermique, le gavage. Il faut des « *tiroirs théorisés. L'étiologie ne les intéresse pas, pour leurs missions, mais la régulation*

thermique et les couveuses, oui. Il faut qu'ils sachent pourquoi faire... Le programme n'est pas adapté, il ne fait que compléter des connaissances. ».

Issue du programme de 1992, la formation infirmière repose sur une alternance école/stage. Le module « soins infirmiers » constitue un module central de 360H, découpé en 4 sous modules : démarche de soin, théories de soin, démarche relationnelle, éducation à la santé et initiation à la recherche. En parallèle, les connaissances en méthodologie sont développées : raisonnement clinique, méthode de recherche pour le travail de fin d'études. L'enseignement est centré sur une démarche de soins qui est une démarche d'adaptation du soin au patient. La démarche clinique est un préalable pour identifier l'ensemble des problèmes de santé du patient. Sans la démarche clinique, la démarche de soins n'est pas personnalisée. Les actions proposées restent standardisées. T. PSIUK remarque que l'intégration officielle de la démarche clinique dans le programme des étudiants infirmiers est un préalable indispensable pour évoluer vers l'infirmière clinicienne experte¹⁶, tel que le prévoit le rapport Berland¹⁷.

Le Dr L estime que les IDE sont la clef de voûte des soins. *« Il faut des têtes pensantes, des gens qui ensemencent les pratiques, l'équipe infirmière doit être active. Il faut une image qui représente ce qu'on veut faire, l'afficher... être pragmatique. Le directeur doit soutenir.... Il faut favoriser la communication entre les acteurs, s'il n'y a pas de fluidité, de confiance, de travail commun, de partage, de représentation professionnelle, ça ne fonctionne pas ».*

2.2 Une implication dans la démarche clinique, facteur d'insécurité

Le stage est le lieu éligible de l'apprentissage de la démarche clinique, sous la responsabilité des équipes de soins. Or, le raisonnement clinique infirmier n'est pas visible dans les observations écrites des dossiers de patients, ce que les évaluations des DSI confirment dans 2 établissements de notre observation. La question de comprendre pourquoi, s'impose à nous.

L'IDE nouvellement affectée à l'équipe mobile de la douleur au CHL, se pose la question du raisonnement clinique infirmier, au début de l'entretien. Elle le rattache à la recherche en soins, qui a pour but d'être dans un second temps, intégré aux pratiques. Elle est titulaire d'un diplôme universitaire de prise en charge de la douleur. *« Pour les*

¹⁶ PSIUK T., juin 2005, « Vers l'infirmière clinicienne experte... », *Recherche en soins infirmiers*, n° 81, éditorial.

¹⁷ PROJET DE RECOMMANDATIONS HAS EN COLLABORATION AVEC L'ONPDS, SOUMIS A LA CONSULTATION PUBLIQUE, décembre 2007, « *Délégation, transferts, nouveaux métiers, conditions de nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé* », Paris, HAS, 61p. RECOMMANDATIONS HAS EN COLLABORATION AVEC L'ONPDS, Avril 2008, « *Délégation, transferts, nouveaux métiers... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé* », Paris, HAS, 61p.

IDE, la priorité est l'urgence, les soins techniques... L'IDE n'a pas assez de temps pour prendre en charge... L'implication personnelle est variable selon les IDE et les thèmes qui les intéressent. La formation est généraliste, mais il y a des points qui intéressent plus que d'autres... Ce n'est pas du laxisme, les IDE peuvent orienter vers une collègue spécialisée, selon les compétences des unes et des autres. Le champ est vaste, il n'est pas possible de tout connaître ». Elle connaît la douleur, mais se sent incompétente en d'autres domaines. Elle estime que les résultats de la prise en charge de la douleur dépendent avant tout du cadre du service. « C'est à lui de faire la supervision clinique. Il a une position privilégiée pour introduire dans les équipes, les pratiques, du fait des informations qu'il reçoit de la direction et qu'il doit relayer. Il est là pour former les membres de l'équipe aux différents outils ». Dans les dossiers, il faut rechercher tous les jours, les cibles ouvertes, en évaluer le résultat. « Ce n'est pas opérationnel, car il y a trop de cibles ouvertes. On n'avait trop de transmissions, les cibles, ça va plus vite, mais le suivi devient trop compliqué ». Pour les IDE, les cibles sont une manière de se protéger, « ce que l'on relate aux transmissions orales, n'est pas ce qu'on écrit...les TC vont rester, il faut se protéger, ce n'est pas contre le patient, mais c'est ce qu'on ressent ».

Curieusement lors de notre intervention à l'IFSI du CHL, concernant le rôle du directeur des soins et de la CSIRMT, les EI nous font la même remarque lorsque nous insistons sur l'intérêt d'écrire ce qui est fait. L'intérêt des écrits pour personnaliser les soins, n'est pas immédiatement perçu. L'écrit est assimilé à l'élément de preuve en cas de recherche de responsabilité. Ce qui interroge sur les messages portés par les professionnels, qui peuvent avoir fait perdre le sens lié aux soins.

Le cadre de santé du service de néonatalogie du CHG, constate un changement de mentalité des jeunes. Les étudiants n'ont pas assez de connaissances théoriques. Il leur faut connaître les pathologies, puis, qu'ils fassent le lien avec le patient pendant le stage. Ils doivent aussi apprendre à se faire aider par les médecins, « les jeunes IDE n'ont pas cette démarche ». Six mois sont nécessaires pour se sentir à l'aise dans le service, à l'aide d'un tutorat. « Les IDE ne lisent pas, les étudiants en fin de stage ne savent pas... se limitent à ce que l'on dit de faire, cela ne va pas assez loin... ». Quand elle participe à l'encadrement, elle pose des questions en permanence pour stimuler. S'il y a des manques, elle voit l'équipe et lui fait remarquer ce qu'il faut reprendre.

Elle-même a travaillé sur un plan de soins guide, avait traité l'observation, la peur, l'angoisse, les facteurs favorisants, les actions à mettre en place, l'évaluation et les réajustements. « Il manque quelque chose, que je n'ai pas réussi à résoudre... ». Un plan de soins guide, est difficile à faire même pour une puéricultrice expérimentée... « Ça fait appel au 5 sens ; le bonjour d'une maman dit beaucoup, elle peut dire « oui » alors que c'est « non ». Les IDE inexpérimentées se contentent de ce qui est dit, par méconnaissance... Cela les remet en question quand elles s'aperçoivent qu'elles n'ont

pas vu...Elles ont du mal à dire qu'elles ne peuvent pas agir, alors qu'elles sont soignantes ». Une IDE expérimentée sait qu'elle peut passer la main à la psychologue, au pédiatre, qu'elle peut ne pas aider elle-même. « C'est ça, faire un projet de soins du patient ».

Au CHG, les entretiens menés sont riches de remarques. La prise en charge d'un patient est considérée comme un moment d'implication intense pour les infirmières, qui peuvent développer des stratégies de protection pour elles-mêmes. Le cadre de santé puéricultrice, l'infirmière clinicienne et le médecin responsable d'unité de soins font les mêmes conclusions. Le savoir comportemental professionnel est un apprentissage difficile.

Les infirmières utilisent insuffisamment le raisonnement clinique. Elles ont des connaissances, une bonne théorie pour les anciennes, moins pour les jeunes diplômées. Elles ont du mal à se servir de leurs connaissances théoriques pour les adapter à tel patient, dans le contexte qui est le sien et avec sa personnalité. L'analyse de la situation de départ pour savoir qui sont les parents, ce qu'ils sont capables d'entendre, ce qu'ils ont envie d'entendre, est une condition pour pouvoir s'adapter à eux. Certaines infirmières sont réfractaires, *« il est vrai que le raisonnement clinique entraîne une remise en question de sa profession, de sa prise en charge du patient. Certaines infirmières ont besoin d'assurance et sont rassurées par ce qui est standardisé. Elles préfèrent faire comme on leur a appris... faire autrement implique d'être plus attentif... »*. C'est un aspect de la problématique clinique des soins, que M. SAINT PIERRE explicite *« Il faut accepter que les savoirs, sur lesquels s'appuie la fonction d'un clinicien, maintiennent une forme tacite et ne trouve de consistance réelle qu'en lien avec leur mise en pratique... il s'agit d'un savoir d'une autre nature, un savoir contextualisée, un savoir circonstanciel, un savoir personnalisé. »*¹⁸.

L'infirmière clinicienne complète en caractérisant le raisonnement clinique infirmier, basé sur l'écoute, l'observation. Tout ce qui est autour du patient doit être pris en compte. Tous les sens sont interpellés. Dans les services, elle encourage les infirmières à s'interroger à travers ce qu'elles perçoivent, à poser des questions, à prendre en compte les moindres changements... Elle propose aux IDE de ne pas répondre à toutes les demandes, mais au moins de se questionner, de vérifier ce qu'elles ressentent. *« La douleur du patient n'a pas besoin de réponse médicamenteuse systématique, on peut aussi s'asseoir et commencer un échange, un entretien infirmier. On peut avoir des réponses autres que médicamenteuses. Les infirmières peuvent apporter des éléments au patient pour lui permettre de se prendre en charge. Il faut se poser avec le patient,*

¹⁸ SAINT ETIENNE M., septembre 2005, « La démarche clinique, éléments d'une clinique en soins », *Recherche en soins infirmiers*, n° 82, p11-15.

parler avec la psychologue... Le temps manque et les IDE ont peur de ne pas avoir toujours les bonnes réponses. Or il est possible de différer ce moment de partage et de négociation avec le malade. On peut lui dire : maintenant j'ai des soins à faire... je reviendrai vous voir après..... Si l'on n'est pas réceptif à un moment, cela ne sert à rien. L'écoute, ne se commande pas, il faut se dire qu'on a le droit de différer ce moment pour être pleinement à l'écoute. La formation clinique l'apprend. Les choses sont trop tranchées dans les services. Le patient est hospitalisé à tel endroit. Les IDE s'attendent à ce qui est concentré sur un organe ».

L'aisance est difficile à acquérir dans la pratique ; Il faut le temps du compagnonnage pour que les IDE puissent à leur tour, assurer seules ce type de soins, « *il n'y a pas de recettes, chaque prise en charge est différente, je ne peux pas donner une ligne de conduite. Cela insécurise les IDE... La standardisation des modes opératoires, est aussi un moyen de se soulager, d'avoir une conduite tout prête qui simplifie* ». Les anciennes ne sont pas forcément à l'aise. Elles ont un réel besoin de travailler en équipe, ce ne sont pas seulement les nouvelles IDE qui demandent l'intervention de l'IDE clinique. Le savoir être est difficile à intégrer. Certaines IDE ont eu des formations sur le comportement à avoir, mais elles ne changent pas. « *Elles ont trop peur de faire un amalgame entre vie privée et professionnelle, elles sont submergées par cette peur. Elles veulent se protéger. Elles se créent des limites dans la relation qu'elles ont avec le patient. Et donc elles s'en posent également à elles mêmes.* »

Le frein à la formalisation du raisonnement clinique est-il conséquent à un manque d'affirmation de soi ? S'affirmer, c'est reconnaître ses limites, et savoir mobiliser des stratégies pour pallier à son incapacité à répondre. C'est reconnaître les autres acteurs.

Une présentation en réunion des cadres de santé, du projet de soins du service de néonatalogie, relève les conditions nécessaires pour l'amélioration globale des pratiques cliniques de l'ensemble de l'équipe du service.

2.3 Les soins de développement, un projet d'unité au service de la personnalisation des soins

Le cadre de santé constate que les IDE observent les patients, et ne se servent pas de leur observation. Quelquefois la famille signale que le bébé ne va pas bien, alors que les constantes sont normales ; il y a souvent un problème qu'on découvre. Les parents ont une connaissance de l'enfant car ils sont là tous les jours, savent observer, alors que les soignants ont un roulement qui les éloignent. Il faut se poser la question de ce que l'enfant est capable de supporter... « *Ne pas changer l'enfant n'est pas grave, il faut le laisser souffler et savoir retarder les soins. Elles peuvent s'occuper d'un autre enfant, et revenir ensuite au premier. Avant, l'organisation était carrée, ce n'est plus vrai depuis que l'équipe met en place les soins de développement (SDD). Cela nécessite de*

bien tracer les soins et de se demander en permanence quand les faire, de savoir juger de la situation ». Pour le cadre, c'est aussi, faire confiance à l'équipe. « Il faut travailler en maillage. Les IDE ont peur d'oublier, quand elles ne savent pas discerner le temps du sommeil, elles se trompent mais sont consciencieuses. Elles ont l'ambition de bien faire, ont une méconnaissance de... ».

Le Dr L, confirme que l'implantation des Soins De Développement aboutit à un aspect plus désorganisé des soins, mais plus efficace. La spécialisation d'une IDE en puériculture, a permis de faire un travail de recherche sur les positions du bébé. Cela a motivé des observations par rapport au bruit... *« Il fallait que l'équipe découvre au-delà de mon discours. Cette évolution du soin, est considérée comme normale par les uns et est acceptée par les autres comme une nécessité d'aller au-delà des soins techniques. La technique est arrivée à son point optimal, à un niveau où l'on se pose des questions éthiques. L'équipe se questionne... ».*

Le cadre de santé s'est investi dans ce travail, au point d'obtenir un financement par un laboratoire qui permet à une partie de l'équipe de se former aux SDD. Le CHG exerce son activité dans le contexte de population défavorisée sur le plan social. *« Les objectifs d'une politique de soins centrée sur la famille, c'est la mise en valeur plutôt que le contrôle, se focaliser sur les points forts de la famille plutôt que sur ses déficiences, reconnaître l'expertise de la famille plutôt que sa dépendance, développer une information partagée entre les patients, la famille et les soignants plutôt qu'une information sélectionnée par les professionnels, encourager la flexibilité et l'adaptation plutôt que la rigidité des protocoles ».* Les SDD s'inscrivent dans le prolongement de cette dynamique. Il faut un temps de maturité pour que l'équipe y adhère. Il y avait en cours une dynamique de projet concernant l'allaitement, la prise en charge de la douleur, l'accompagnement du lien mère-enfant.

Les SDD se fondent sur le postulat qui considère le prématuré comme un individu à part entière. Le prématuré n'est pas inerte, gavé, il est compétent, capable de penser, de réagir, de s'organiser face aux différents soins qu'on lui fait. Si le stimulus est adapté, il ouvre les yeux, réagit aux odeurs. Il faut en tenir compte et en fonction, adapter les soins. Il est difficile de reconnaître les signes sémiologiques, les phases de sommeil du bébé, les contraintes intérieures au bébé, même pour les IDE formées. La réduction des contraintes extérieures change les habitudes, mais n'est pas très compliquée en soi. Le Dr L insiste : *« Il faut respecter son rythme veille/sommeil... on ne gavage pas quand on a envie, mais quand le bébé en a besoin. On ne lance pas le gavage puis on s'en va, on reste à côté du bébé... Personne n'a démontré que le gavage continu apporte quelque chose et on l'applique... Dans ce projet, on applique le gavage discontinu, qui se rapproche le mieux de l'idéologie littéraire alimentaire. Il y a des signes de stress, bradycardie... qui génèrent des médicaments, il y a des preuves scientifiques que cette*

pratique clinique diminue le besoin de thérapeutiques. Cela s'applique aussi aux médecins, hormis l'urgence. Même le bébé intubé peut dormir...». Le raisonnement est fondamental, programmer les soins de façon non mathématique, modifier les séquences. Les médecins ont démontré en staff, des signes de retrait du bébé dans les pratiques précédentes, d'abord moteurs, puis végétatifs, avec bradycardie liée au stress.

Mais le Dr L exprime son sentiment quant à la faisabilité du projet de soins. Les SSD représentent un ensemble d'interventions destinées à réduire le stress du nouveau né prématuré et à favoriser un développement psychique, neurologique, relationnel et comportemental harmonieux. Ils ont pour but de réduire les complications médicales, d'assister le prématuré dans l'obtention du maximum de son potentiel, de soutenir le nouveau né prématuré afin qu'il soit stable, organisé et compétent de façon optimale quelque soit sa condition. Les interventions peuvent inclure des actions isolées comme : le contrôle des stimulations environnementales, le regroupement et l'organisation des soins, l'implication des parents et leur soutien. Les SDD sont centrés sur le patient et sa famille, et sur des techniques spécifiques de soutien comportemental (suction, agrippement, peau à peau, massage...).

Aux USA, des études cliniques menées, comprennent une évaluation des soins infirmiers du projet. Des résultats significatifs et scientifiques publiés, prouvent que les soins de développement diminuent le stress et améliorent le développement des prématurés. Cela implique un lien étroit entre l'activité médicale et le soin, de passer de l'univers technique à celui de l'environnement. Ce concept est fondé sur la théorie synaptique de la reconnaissance des compétences du prématuré. Le prématuré ne peut s'exprimer verbalement, c'est donc à travers son comportement et ses réponses physiologiques qu'il communique, la théorie se base sur les réponses de l'enfant et traduit sa capacité à adapter son fonctionnement et à l'organiser en réponses aux différents stimuli. Les recherches américaines réalisées par l'équipe de BRASELTON and Coll. en 1950, puis reprises par Mme HALSE, psychologue clinicienne, rappellent l'importance de l'environnement in utero, que le développement du fœtus est marqué pendant la période de gestation entre 24 et 40 semaines, par une intense synaptogénèse au niveau cérébral, placée sous le double contrôle génétique et environnemental. Il existe au niveau neuro moteur, un risque lié à la prématurité qui peut se manifester au niveau neurocomportemental par des troubles du langage, une dysphasie ou dyslexie, des troubles de la motricité fine, une dyspraxie, des difficultés cognitives, une hyperactivité, des difficultés affectives. Les études menées chez l'homme et l'animal démontrent l'aspect négatif de la rupture du lien mère enfant et les conséquences immédiates sur le développement... La stimulation non adaptée de l'enfant provoque son retrait alors que la stimulation adaptée permet son approche. La douleur est prise en compte. Une cartographie des signes observés permet d'évaluer l'état de l'enfant. Ces observations

donnent la clef aux soignants et aux parents pour comprendre le prématuré, réajuster les actions, aménager l'environnement de l'enfant. L'apparition des signes de retrait nécessite l'arrêt des stimuli et la mise en place de méthodes de retour au calme. L'observation des soignants, qui fait partie de leur rôle propre, trouve ici toute son importance. L'organisation des soins s'adapte à l'enfant, intègre le rôle des parents et notamment la capacité d'observation des parents eux mêmes considérés comme compétents.

Le Dr L exprime encore que sans participation médicale, le projet ne peut avoir lieu. Les IDE peuvent faire des soins, mais sans engagement et convictions médicales, cela ne pourra se réaliser. *« Plus vous poussez les soins à un haut niveau, plus vous vous trouvez en face d'éléments qui interfèrent avec les orientations médicales, plus vous vous confrontez aux soins médicaux, protocoles, prescriptions... »*. Il a pris conscience de cette théorie de soins dans les années 2000. Le concept de NIDCAP (Newborn Individualised Developmental Care and Assessment Program) est lourd à mettre en place. Les NIDCAP sont fondés sur l'Evidence base médecine (EBM), la médecine basée sur les preuves. Il considère que c'est une condition « sine qua non » pour mettre en place un tel projet en France, pays de culture cartésienne, tant pour la crédibilité envers les médecins que vers les IDE. Des scores sont publiés quand à l'impact de la privation de sommeil chez le nouveau né, qui entraîne une modification du comportement respiratoire, de la densité des récepteurs cérébraux et des neurotransmetteurs (Thomas 2000), des troubles de l'attention et du comportement à l'âge adulte, la diminution du volume cérébral (Mirmiran 1986), sans amélioration ultérieure malgré l'enrichissement du milieu de vie. L'équipe du CHU de Brest a présenté son travail sur la question. *« Les médecins de la spécialité sont partagés, il y a deux clans qui s'opposent. Entre le oui et le non, une nouvelle pratique a des difficultés à se mettre en place. L'équipe de Brest est la seule en France, considérée quelquefois, comme proche de pratiques sectaires. Il y a un enjeu autour de cette idée. Il y a eu un long cheminement de certains membres de l'équipe grâce à des formations, lectures, congrès »*. Cette formation a été une révélation, il recherchait une organisation des soins logique, mais sans trouver un sens clair, un sens positif. *« C'est vrai que les IDE ont toujours réclamé des soins d'accompagnement des bébés, les calmer, les masser... mais cela n'avait pas encore de sens... les soins de développement ont permis de le trouver »*.

L'observation du fonctionnement de ce projet de soins et les remarques des 3 interlocuteurs permettent de comprendre les difficultés rencontrées par les IDE dans le cadre de leur pratique clinique. Il faut d'une part avoir atteint une certaine maturité professionnelle pour être à l'aise dans la relation avec le patient, et construire un projet de soins individualisé. La pratique clinique nécessite une implication qui fait peur et peut

amener des IDE à ne pas rentrer dans cette relation émotionnellement déstabilisante, pour se protéger. D'autre part, les pratiques cliniques innovantes ont besoin d'une forte dynamique d'équipe, qui inclut le corps médical, capable de proposer des résultats de recherche publiés, servant la crédibilité des actions de soins.

Le Dr L du CHG ajoute encore que les changements ne peuvent venir des soignants, ni des directeurs des soins seuls. L'avenir est de contrôler mieux la qualité des soins. L'acteur le plus concerné est le cadre, notamment pour former les nouveaux arrivants. Les médecins y contribuent, et ils doivent être impliqués. *« Sans médecins, les IDE ne peuvent rien faire. On n'apprend pas aux IDE à faire une recherche clinique en France, elles ne peuvent produire de résultats opposables. Pour présenter un travail crédible, on doit faire une recherche. Dans les pays anglo-saxons, les IDE sont formées à la recherche. En France, elles ne s'investissent pas ».*

3 Personnaliser les soins, une politique de la direction des soins

Pour les expérimentations BERLAND¹⁹, les étapes de la démarche clinique sont formalisées : « l'évaluation de la situation clinique du patient, le diagnostic de la situation, la vérification des critères biologiques, l'examen clinique du patient, l'interrogatoire lors de la consultation infirmière, l'information sur la pathologie et le traitement²⁰ ». La reconnaissance officielle de l'évolution du métier²¹ est une opportunité pour formaliser la clinique infirmière. Le directeur des soins est responsable de l'initiation d'une démarche dynamique de personnalisation des soins, fondée sur l'amélioration de la démarche clinique infirmière, et le partage des compétences de tous les professionnels de santé. Nous pouvons ainsi formuler les préconisations suivantes.

3.1 Définir la politique de management de la direction des soins

La direction doit apprendre la modestie du service, doit créer les conditions pour que d'autres qu'elle, prennent plus de responsabilités. Manager comme hier est une faute professionnelle²². L'efficacité passe par la vie plutôt que l'ordre, l'écoute plutôt que la violence, un fonctionnement transverse plutôt qu'un fonctionnement en pyramide, l'initiative plutôt que la docilité, la décentralisation et l'auto-organisation plutôt que la centralisation et les manuels de procédures prédéfinis et intangibles, la recherche de solidarités et de maillage avec les autres acteurs de la cité plutôt que l'isolement. La notion d'autonomie suppose donc la fin des contrôles tatillons et improductifs, « il faut laisser les employés découvrir par eux-mêmes comment agir devant une situation nouvelle, quitte à ce que des erreurs soient parfois commises ». L'autonomie devra toutefois, être mise en face de l'évaluation institutionnelle validée par les instances.

¹⁹ MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, Arrêtés du 13 décembre 2004 relatif à la coopération entre les professionnels de santé et du 30 mars 2006 le modifiant et le complétant, journal officiel du 7 avril 2006.

²⁰ Professeur Yves BERLAND, auteur du rapport « Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences » octobre 2003.

²¹ PSIUK T., op.cit.

²² M CROZIER, H SERIEYX, 1995, *Du mangement panique à l'entreprise du XXI^e siècle*, Paris, L Maxima, Du MESNIL Editeur, 142p.

3.1.1 Positionner la CSIRMT²³ comme instance de validation des projets du service de soins.

La direction des soins en est le chef d'orchestre et doit faire émerger les réflexions des professionnels du terrain. Au CHG, le projet de soins s'appuie sur une évaluation faite par l'ensemble des acteurs. Les axes d'amélioration et de qualité énoncés, prennent en compte l'analyse critique des médecins. La CSIRMT a été impliquée pour conduire les entretiens auprès des professionnels, et aura la charge chaque année d'évaluer les actions menées et de prioriser les objectifs. Elle n'est pas une chambre d'enregistrement, elle est une instance active.

En concertation avec les directions fonctionnelles (direction qualité, direction des ressources humaines, direction des services économiques), un certain nombre d'évaluations annuelles transversales seront menées par les professionnels du CHG. Les moyens d'accompagnement relevant de la direction des soins, d'une autre direction ou du corps médical sont précisés dans les déclinaisons annuelles du projet de soins, ainsi que les critères d'évaluation et ont été validés par la CSIRMT.

- **Autonomiser des groupes d'évaluateurs institutionnels, issus de la CSIRMT**

3.1.2 Définir les responsabilités respectives des cadres de santé, dans le champ de la clinique

La direction des soins du CHG a initié une charte de management intégrée au projet de soins, déterminant les responsabilités de chacun des acteurs du service de soins. Les travaux ont été menés avec le groupe des cadres supérieurs et la CSIRMT. Au CHLM, la direction a organisé de même un groupe pilote d'élaboration du guide de management, comprenant des PRP, des CSP et des directeurs dont la direction des soins. L'identification des niveaux de responsabilité de chacun est un préalable à la mise en place de la nouvelle gouvernance.

Le cadre de santé d'unité de soins²⁴ et d'activités paramédicales organise l'activité paramédicale, anime l'équipe et coordonne les moyens d'un service de soins, médico-technique ou de rééducation, en veillant à l'efficacité et à la qualité des prestations. Il contrôle la qualité et la sécurité des soins et des activités paramédicales : procédures, protocoles, il réalise des audits et le suivi d'indicateurs. Il a un rôle de conseil, d'information, d'éducation ou de formation clinique et technique auprès des patients, des familles ou du personnel. Il assure une activité de veille professionnelle sur l'évolution de

²³ MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, Décret n° 2005-1656 du 26 décembre 2005 relatifs aux conseils de pôles d'activité et à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques des établissements publics de santé, modifiant de code de santé publique. Journal officiel du 28 décembre 2005.

la santé, des professions, des techniques et du matériel. Il identifie les besoins en matière de formation.

- **Positionner la fonction cadre dans la supervision du champ clinique.**
- **Assurer les formations nécessaires**

Le cadre supérieur, chef de projet du DSI au CHG remarque que tous les cadres de santé ne s'investissent pas de la même façon. « *Même s'il manque des effectifs et au contraire, il faut travailler sur la clinique. Les cadres ont souvent du mal à discerner, objectifs, moyens. Le CSP doit aider les cadres à travailler les projets avec les équipes, sinon elles sont noyées dans le quotidien* ».

La Conseillère technique de la région Pays de Loire, fait le même constat, suite à l'enquête régionale. Une journée de travail a été organisée en 2004 sur cette fonction du cadre. Les cadres de cette région accordent 23% de leur temps aux soins, et 5% aux échanges professionnels (transmissions et réunions de synthèse), soit une faible partie de leur temps à la supervision clinique. Or cet axe de la fonction est considéré comme prioritaire par les différents interviewés.

Lors d'un entretien avec la DS, le praticien responsable du pôle SAU-réanimation du CHL, s'oppose à l'affectation d'un cadre issu de la filière médico-technique sur le poste de réanimation. Il considère qu'au-delà d'un temps de latence de 3 à 6 mois, une équipe n'arrive plus à s'autoréguler seule sur le plan de la démarche clinique. Il estime que le cadre doit faire exercer le rôle clinique infirmier, être référent, accompagner à la réflexion clinique et éthique, au positionnement vis-à-vis des familles. Il estime que les médecins n'ont pas le temps de le faire. Il considère que le cadre est garant du professionnalisme, de savoir combiner les ressources et les problèmes de soins, de développer les compétences. Le Dr L du CHG observe que la fonction du cadre a « *complètement viré* » dans le champ administratif, or il y a maintenant une exigence de qualité dans les soins, le cadre n'a plus le temps de faire le travail clinique. Il pense qu'il faut un cadre administratif et un cadre clinique par unité, en charge de la revue des protocoles, de vérifier les soins, de recadrer. « *C'est un rôle fondamental, d'introduire le travail d'autres équipes, d'harmoniser les pratiques* ». Le cadre de santé de néonatalogie renforce que la clinique infirmière concerne le cadre de santé, est lié à la fonction contrôle, « *La fonction contrôle est lourde, car dès qu'on « lâche » un peu, ça se détériore vite. Le cadre doit être vigilant, et faire des rappels quand nécessaire. Tout repose sur les cadres, c'est trop... Les plannings, les commandes, il y a un ras le bol de cadres. Il faut des IDE capables d'être chef de projet. Le cadre comme support au niveau méthodologie* ». La directrice des soins conteste le besoin d'un cadre clinique et d'un cadre gestion, et répond qu'un

²⁴ Répertoire national des métiers de la fonction publique hospitalière élaboré au sein de l'ONPDS avec des professionnels de santé.

cadre doit et peut faire les 2. *« Le contrôle et l'évaluation des soins sont de leur responsabilité. Le projet institutionnel de formation des cadres au contrôle intervient du fait d'un constat que les cadres investissent peu la gestion des soins au lit du patient. Ils se réfugient dans leur planning... quand on reçoit les plaintes, les notes de l'évaluation du DSI, on n'a rarement de surprise. Le résultat est là. Si le cadre est au bon endroit »*. Certains cadres craignent les équipes revendicatives, et pour leur confort personnel éliminent les points de questionnement. Le raisonnement clinique est une remise en question de soi. *« Le cadre doit se donner les moyens de suivre la visite régulièrement, de pouvoir être avec l'équipe... Il faut trouver les moyens de valoriser le travail des personnels. L'évaluation, le contrôle est un moyen de reconnaître le travail fait »*. En Suisse, les cadres de santé animent les transmissions et distribuent les patients aux IDE, en fonction de la charge en soins et des TC. La direction des soins doit aider dans ce sens.

- **Organiser des fonctions transversales de support pour libérer du temps aux soins auprès du patient pour les cadres et les soignants.**
- **Décliner le projet de soins institutionnel, centrée sur le patient, acteur de sa prise en charge, jusqu'à l'identification d'indicateurs de qualité des soins précis.**
- **Intégrer dans les contrats de pôles des indicateurs de qualité des soins.**

Comme c'est le cas au CHG, les indicateurs de qualité des soins doivent être régulièrement évalués à la fois au niveau de chaque unité de soins par les cadres de santé, et le cadre supérieur de pôle, mais aussi au niveau institutionnel par une double organisation mise en place par la direction des soins, au moyen de la CSIRMT et des différents référents. Le contrat de pôle doit confirmer l'exigence de résultat tant dans le domaine qualitatif que dans le respect des engagements économiques, sous contrôle du Conseil Exécutif. Des modalités d'intéressement doivent être liées à l'atteinte de résultats du projet de soins (prise en charge de la douleur, lutte contre les infections nosocomiales, prévention des escarres, évaluation du dossier de soins).

3.1.3 Valoriser les initiatives des cadres de santé et les travaux des équipes

Au CHG, le directeur des soins confirme la réflexion avancée. Il y a une agitation intellectuelle, des lieux de débats pour les cadres, d'effervescence des idées, qui se rapprochent de ceux d'un CHU qu'il n'est pas. Cela a muri sous l'influence de la direction des soins, pour fonctionner à ce jour en autonomie propre.

- **Les cadres de santé animent à tour de rôle en binôme, la réunion des cadres.**

Ils présentent à chaque séance les travaux de leurs équipes et de recherche en soins. La direction des soins accompagne les cadres de santé dans leurs missions et leur

tutorat. Un contrat d'intégration est prévu pour accompagner les infirmières référentes en position de faisant fonction de cadre. Leur préparation à l'entrée à l'école des cadres (IFCS) est organisée avec la contribution des cadres supérieurs de santé.

Les réunions des cadres supérieurs permettent à chacun d'exposer le déroulé de son agenda hebdomadaire et d'expliquer les problématiques et actions en cours dans son pôle. Cela permet de maintenir une culture globale, d'effectuer des transferts de savoirs et d'information, d'échanger et de développer un jugement critique des situations de travail. Cela permet également à l'ensemble des projets de soins des pôles d'évoluer ensemble.

Les CSP au CHG ont une attente de reconnaissance de la part de la DS. *« L'IDE a la reconnaissance du malade, le cadre de son équipe. Le CSP de qui ? »*. Elles réclament d'avoir aussi de la latitude dans leurs projets, d'être aidées par des moyens, pas forcément humains quoique le secrétariat... Elles ont de l'estime pour les DS qui sont à l'écoute, font confiance, se donnent les moyens de recevoir les CSP rapidement, d'être disponibles. Le CSP doit rendre des comptes, *« c'est normal, le travail donné est une forme de reconnaissance »*. Il faut conduire les projets en respectant la liberté d'expression des cadres, *« pas de censure, forces et faiblesses de façon transparente »*. Soumettre son travail à la communauté, est un signe de confiance. La direction des soins doit fédérer le groupe des CSP, *« Sinon il y a de l'énergie, du potentiel perdu. Les médecins voient le résultats satisfaisants ou pas des prestations IDE sans aller plus loin. Ils savent dire qu'une IDE ne produit pas un résultat attendu sans plus de précision. »*

- **Positionner les CSP en tant que chefs de projets d'axes d'amélioration des soins**
- **Favoriser la démarche réflexive d'analyse des pratiques professionnelles.**

Au CHG, des groupes de travail institutionnalisés d'évaluation des dossiers de soins, du projet de recherche en nursing (PRN) pour l'évaluation de la charge en soins, de la démarche transfusionnelle, de l'encadrement des stagiaires, le groupe escarres, la sous commission de la formation, le comité de la préparation au concours de l'IFCS, le groupe manutention, la commission de relation avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC)... sont animés par les CSP. L'évaluation et l'analyse des résultats sont présentés aux directeurs des soins et en comité de direction. Les fiches de mission et de délégations sont écrites par les DS pour ses activités.

L'IDE est capable d'agir sur le terrain dans une situation particulière mais de comprendre également pourquoi elle agit²⁵. Cette intelligence des situations et cette compréhension d'elle-même suppose une mise à distance, une prise de recul qui lui permet de ne pas rester au niveau du faire pratique et de construire sa pratique professionnelle. Il s'agit de

²⁵ VIRGIL RIPOCHE M.A., Juin 2006, « D'exécuter un soin à penser le soin » ou de la difficulté à « mettre en mots » la pratique infirmière, *Recherche en soins infirmiers*, N°85, p 65- 76

construire un raisonnement intelligible pour rendre compte de son action et la rendre lisible pour un autre professionnel. La mise à distance intervient après l'expérience vécue et précède la conceptualisation c'est-à-dire la mise en mots, c'est une reconstruction, une réinterprétation de l'action réalisée.

- **Aider par la veille professionnelle, au questionnement des équipes.**
- **Assurer des liens avec des équipes externes**

Le CSP du CHG utilise une forme ludique pour former les IDE en interne ou externe (des fiches de loto... jeu de carte des 7 familles). Elle n'a pas eu de formation, elle a bénéficié de la collaboration d'un formateur d'IFCS. Elle a un travail de réflexion personnelle. Elle est aidée par des IDE chercheurs suisse et canadienne, un réseau non formel. Elle ne publie pas d'article, n'y pense pas. Le travail fait n'est pas transmis à l'extérieur.

3.2 Positionner la direction des soins dans le processus d'évaluation des pratiques professionnelles

La direction des soins doit se positionner dans le processus d'évaluation des pratiques, comme priorité pour améliorer la personnalisation des soins. Développer l'écrit des professionnels de santé doit répondre à la logique d'élaboration interdisciplinaire du projet de soins du patient, avant d'être une prémunition contre la recherche de responsabilité.

3.2.1 Dynamiser l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)

Le directeur des soins du CHG, affirme qu'une évaluation, 2 fois par an, par le groupe Dossier de Soins (DSI), permet de réagir assez vite au niveau des équipes. Elle insiste sur la démarche qualité, sur la traçabilité. Elle utilise également les plaintes de famille, analyse les manquements de soins, les rapproche des remarques faites lors de l'évaluation du contenu du DSI.

- **Dynamiser l'évaluation des dossiers de soins, témoins de la contribution des IDE, à la qualité des informations mises à disposition de l'ensemble des professionnels.**
- **Utiliser la méthodologie de l'HAS, en lien avec la direction de la qualité. Pérenniser la démarche en continu.**
- **Etendre l'évaluation à d'autres méthodes d'évaluation EPP**
- **Proposer des réunions cliniques pluridisciplinaires dans chaque pôle sur les modèles des « staffs EPP » préconisés par l'HAS²⁶, associant revue de**

²⁶ http://www.has-sante.fr/portail/jcms/j_5/accueil

dossiers, revue bibliographique, discussion, action d'amélioration et de suivi pour développer les capacités de raisonnement.

3.2.2 Dynamiser la réflexion en équipe autour de plans de soins guide, voir de chemins cliniques.

Au CHG, le CSP affirme que certaines équipes sont maintenant capables d'aborder la méthode des plans de soins guide (PSG). « *La question est de ce que cela apporte aux IDE..., si une trame à cocher permet de mieux formaliser, c'est à tenter. Les IDE ont par exemple, en pédiatrie énoncé tous les signes, les observations concernant la bronchiolite, la gastroentérite, la constipation, elles ont ensuite énoncé les objectifs qu'elles veulent atteindre en face de ces observations et donc décrit les actions à mettre en place* ». Tout est répertorié sur le PSG, il ne reste qu'à cocher chaque jour l'évolution des signes. Les IDE déterminent elles mêmes la périodicité de réévaluation. Tout est visible de façon synthétique et elles n'ont pas de transmissions ciblées à compléter. C'est un gain de temps et d'écriture. Ainsi plusieurs PSG sont prêts, le manque de temps du CSP chef de projet, fait que la validation est en retard. Elle attend de l'aide de la DS, un temps de secrétariat ...

Le CSP du CHL pose la question de la légitimité d'un outil spécifique IDE « *A force de vouloir faire des outils purement infirmiers, ça perd son sens, ça morcèle le patient... ce n'est plus utilisable et dispersé... l'information n'est pas synthétique, il ne faut pas écrire ce qui est médical ... il faut trouver le moyen d'écrire ensemble sur un outil commun ...* ». Elle rejoint en cela les réflexions de F. MESSIAEN²⁷, qui dénonce avec humour les « outils opérationnels, sans dommage collatéraux, qui visent des cibles présélectionnées, sans perte de temps, enfin rentables... Les soignants étaient atteints du RAS (rien à signaler), ils sont atteints du RAD (rien à dire), et maintenant nous fonctionnons au RADAR... ».

Les médecins du CHL travaillent, pour leur part, sur des prises en charge critiques, par l'élaboration de chemins cliniques en lien avec des problématiques du SAU. Cette idée est à promouvoir dans le cadre d'une démarche collective avec le corps médical et les professionnels concernés pour des prises en charge type.

- **Faire émerger les projets de soins pluridisciplinaires des unités de soins.**
- **Proposer de travailler les Plans de soins guide prévalents dans chaque unité, en intégrant les avis des patients et de leur famille.**

²⁷ MESSIAEN F., septembre 2001, « Chronologie du DAR », in PERRAUT SOLIVERES A., DEHU Y., BRESCIA L., PABOIS A-M., DUCOS F., JOUSSELIN M.A., VIDAL M.T., VEBER-DUBAUX M.C., GUYON E., DEVRIES M., LORRAIN P., CORBET-GORNY S., MESSIAEN PAGOTTO F., et al., septembre 2001, « Dossier : profession infirmière. », *Pratiques-Les Cahiers De La Médecine Utopique*, n°14-15, pp. 61-62.

- **Proposer de travailler les parcours des patients sous forme de chemins cliniques²⁸, en décrivant tous les éléments du processus de prise en charge, par professionnels de santé, avec la collaboration des médecins.**

3.2.3 Dépasser le vocabulaire « technocratique » professionnel

Le raisonnement clinique infirmier ne se résume pas aux diagnostics infirmiers (DI), tant les activités quotidiennes des IDE sont traitées en collaboration. La notion de « diagnostic infirmier²⁹ » ne s'est pas imposée, ne peut être une fin en soi. Sa traduction des ouvrages anglo-saxons ne rend pas compte des spécificités rencontrées, le vocabulaire utilisé semblant parfois hermétique aux professionnelles. Il s'agit de dépasser les limites fixées par les termes utilisés.

Le CSP, du CHG, remarque *« Les IDE font la démarche de manière inconsciente à partir des transmissions ciblées (TC), jusqu'à la validation d'un diagnostic : du recueil de données, elles identifient un problème et elles formalisent un projet de soins, souvent en équipe. La problématique ainsi exprimée, est une hypothèse diagnostic IDE. Le vocabulaire est simplement une classification. Elles ont peur d'utiliser ce terme, car l'enseignement en IFSI est une « usine à gaz ». Il vaut mieux parler de problèmes, d'objectifs pour le patient. Il faut démystifier »*. Elle complète : *« En IFSI, on n'empêche les élèves infirmières (EI) de poser un DI, s'il n'y a pas que des actions du rôle propre »*. C'est incohérent. Un patient vient à la base avec un problème physique et/ou médico-social, qu'il ne faut pas séparer. Les IDE ne peuvent pas réfléchir de façon dichotomique. La démarche est de dire *« quelles sont ces difficultés du patient ? Pour pouvoir faire une synthèse de ces difficultés, je mets une phrase dessus, ou un mot »*. On pose un diagnostic infirmier pour ensuite déduire un projet de soins. On ne fait pas l'inverse, *« s'il y a un rôle propre... je vais poser un DI. Avec ce raisonnement, la douleur n'est pas un DI, parce qu'il y a une action médicale »*... Il faut revenir à l'intelligence de la pratique sur le terrain, plutôt qu'à des constructions intellectuelles.

Le processus intellectuel de démontrer l'apport précis des interventions infirmières³⁰ est attrayant. Le professionnalisme suppose la maîtrise de concepts, d'outils, de méthode. Nous préférons aborder la question de manière pragmatique, et défendre en tout premier lieu, le bénéfice attendu pour le patient d'une démarche coordonnée de soins dans laquelle, l'IDE puisse s'exprimer, avec son langage et son expérience, ainsi que

²⁸ DANCAUSSE F., BLANCHARD M., ARNAL M., février 2006, « Pilotage hospitalier. Le chemin clinique. Une route vers l'amélioration continue », *Gestions Hospitalières*, n°453, p92-98.

²⁹ PIERRE JEANGUIOT N., Décembre 2006, « Des pratiques soignantes aux sciences infirmières », *Recherche en soins infirmiers*, N° 87 ARSI, pp 75-135.

³⁰ LENG M-C., DUQUESNE F., FADIER M., 1995, *Stratégies de soins : diagnostics infirmiers, objectifs, interventions, résultats*, Paris : Inter Editions, 160p.

peut le souligner M.J. REBONDY³¹. La fonction de suivi, de coordination et la notion d'activités partagées au travers de la collaboration interdisciplinaire, comme nos interlocuteurs l'ont souligné, répond mieux à prise en charge des patients et à la mise en valeur de la contribution infirmière. Le risque d'aboutir à un morcelage, à des acrobaties intellectuelles serait contre productif à l'heure où le besoin est la synthèse³².

- **Prendre le temps de développer l'expression des professionnels de santé**
- **Conduire une réflexion sur les outils utilisés en transversalité, entre professionnels**

3.3 Développer l'autonomie des acteurs du service de soins

3.3.1 Faire émerger les nouveaux métiers : IDE clinicienne, IDE soignante coordinatrice...

La clinicienne intervient quelquefois seulement pour soutenir, « *cela sécurise les IDE et les cadres. On ne prend pas leur place, on est là en soutien. On renforce quand ils ont trouvé eux mêmes la bonne solution. On ne vient pas dire comment faire et ne pas faire. Il faut laisser la place aux équipes, on ne se substitue pas, cela permet le travail d'équipe, à partir de là, on n'est souvent interpellée* ». Quelquefois, je n'ai pas besoin de voir le patient. Un médecin m'a accueilli en disant « *qu'il était enchanté, mais qu'il ne travaillerait jamais avec moi...* ». Un an après, il me sollicite. Il reconnaît des compétences, la place de l'équipe de soins d'accompagnement.

- **Favoriser les transferts de compétences entre professionnels, par exemple les compétences cliniques des IDE en psychiatrie, vers les unités de prise en charge « somatiques »**
- **Valoriser les fonctions de support des équipes, chaque fois qu'elles contribuent à la qualité des soins (IDE clinicienne, stomatothérapeute ...)**
- **Explorer la fonction d'IDE ou cadre soignant coordinateur des soins, proposée par le rapport LARCHER³³.**

3.3.2 Adapter l'organisation des unités de soins

Face aux contraintes des restructurations hospitalières en cours³⁴, le personnel infirmier modifie la priorité de ses tâches. Ces déplacements ont pour origine le nouveau

³¹ REBONDY M-J., avril 1997, « Le diagnostic infirmier ... Comment dire ? » *Gestions Hospitalières*, n°365, pp. 279-285.

³² MOREAU D. juillet-septembre 2000 « Le diagnostic infirmier, "fourre-tout" ou réel témoin d'une spécificité disciplinaire ? » *Soins. Cadres*, n°35, pp. 53-56.

³³ LARCHER G., Avril 2008, Présidence de la république, *Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital- Rapport final, proposition*, Paris,102p.

cadre temporel de la prise en charge des patients, la brièveté de plus en plus grande des séjours hospitaliers, déterminée en fonction de critères médicaux et techniques. Les établissements ont regroupé les patients non seulement par spécialité médicale, mais aussi par temps de séjours programmé. Ce qui augmente le flux de patients soignés dans le même service. La standardisation des séjours et leur brièveté font naître des tensions inhérentes à la gestion de la singularité à grande échelle,³⁵ au besoin de mettre en œuvre des actions de soins. Certaines dimensions du travail infirmier peuvent être reportées en amont ou en aval de l'hospitalisation.

- **Proposer des consultations infirmières de suivi et de surveillance du patient.**

C'est le cas dans les 3 établissements de notre observation avec un degré d'avancement plus ou moins abouti. Le suivi de certains patients est le moyen d'assurer des tâches indispensables d'information et de surveillance de l'évolution de la pathologie. Il existe des consultations IDE au CHG (consultations d'annonce, diabétologie...). « *L'idée serait que toutes les IDE puissent être formées, mais la relation d'aide demande des capacités. Toutes les IDE ne souhaitent pas le faire. On travaille sous forme de compagnonnage* ».

Le CGS du CHG, imagine mettre en poste les jeunes IDE dans les unités de soins à forte composante technique, « *Une fois qu'elles seront assurées de leurs compétences techniques, peut être pourra-t-on parler clinique de façon plus subtile ?...* »

Une forte pression à travailler plus vite gagne l'ensemble des équipes³⁶. Les tâches centrales de l'activité des infirmières, quel que soit le service et la durée d'hospitalisation ne pas mises en balance avec d'autres tâches. Elles structurent l'ensemble de l'activité infirmière. Prendre le temps de s'arrêter sous entend une forte compréhension de l'équipe et de pouvoir compter sur une collaboration efficace.

- **Evaluer les compétences des professionnels, les orienter au fur et à mesure de leur évolution professionnelle et personnelle**
- **Aménager les temps de réflexion**

3.3.3 Développer le tutorat pour les étudiants et les nouveaux arrivés

Contribuer à l'affirmation de soi des professionnels est nécessaire pour obtenir leur implication dans le champ clinique.

- **Collaborer avec les instituts de formation pour établir des projets d'encadrement des étudiants en stage, et valoriser la démarche clinique.**

³⁴ F ACKER, Mars 2005 « Les reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital », *Revue française des affaires sociales*, N°1 Janvier.

³⁵ MINVIELLE E., février 1998, « gérer la singularité à grande échelle, le cas des patients hospitalisés », *Gestions hospitalières* n°373, pp129-145.

³⁶ F ACKER, op. cit.

Conclusion

La prise en charge du patient est un processus complexe. Il allie la variabilité liée à chaque être humain et l'intensification voulue par notre société, afin de développer l'efficacité et la productivité des actions de santé. Le professionnalisme est donc une valeur clé. Il doit permettre de résoudre la question de la prise en compte des spécificités de chaque patient et des techniques de soins adaptées à leur situation.

Personnaliser les soins, nécessite d'améliorer le raisonnement clinique des infirmières. Une négociation doit s'engager entre patient et professionnel, dans un climat de confiance et d'empathie. L'implication des infirmières est difficile, mais est à même d'assurer cette rationalisation négociée³⁷. Elle permet de développer l'autonomie professionnelle, comme contribution à un ensemble pluridisciplinaire. Comme le souligne T. PSIUK « *L'autonomie se construit à partir de ce qui se vit dans la vie quotidienne, les notions de partage, d'interaction, de travail en groupe, de coopération. C'est une capacité qui ne peut se développer que dans l'interdépendance des membres d'une équipe* ».

L'encadrement est un acteur clé dans ce processus, par son expertise, sa capacité à former et intégrer les nouveaux professionnels. Les directeurs des soins ont un rôle particulier dans le soutien des équipes, leur formation, le développement d'une politique de prise en charge clinique de qualité et son évaluation. Ils peuvent développer des espaces de questionnement, pour prendre le temps de réfléchir au quotidien des actes et donner la possibilité d'élaborer une pensée infirmière sur les pratiques de soins. « *Il s'agit de diminuer le clivage entre les infirmières qui pensent et celles qui agissent*³⁸ ». L'analyse collective aide les soignants à sortir de l'isolement induit par les organisations de travail. Les directeurs des soins ont un rôle fondamental à jouer dans le processus de capitalisation des savoirs des unités de soins, la diffusion entre les pôles, la reconnaissance des pratiques professionnelles, moyen de permettre leur évolution, et de redynamiser l'intérêt au travail.

³⁷ MINVIELLE E., 2000, « Réconcilier standardisation et singularité : les enjeux de l'organisation de la prise en charge des malades. », *Ruptures : Revue Transdisciplinaire En Santé*, V:7, N:1 pp. 8-22.

³⁸ ZAOUI E., 2004, « Pratique clinique infirmière, opportunité d'une analyse », *Revue Laennec* n°3,

Bibliographie

Articles de périodiques

ACKER F., Janvier-Mars 2005, « Les reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital », *Revue française des affaires sociales*, N°1.

ACKER F., novembre 2006, « Le cadre du travail d'information des infirmières en reconfiguration », *Soins Cadres*, n°60, pp. 24-27.

ALLENBACH V., BASTIAN H., HERBER C., MEUNIER R., OSWALT M., RENAUD C., SCHELL E., STOECKEL B., DORDONNAT A., BACHE C., LEDOYEN J-R., avril 1998, « Utiliser le diagnostic infirmier pour un soin personnalisé. », *Le cahier du management. Objectif soins*, n°63, p 26-42.

DANCAUSSE F., BLANCHARD M., ARNAL M., février 2006, « Pilotage hospitalier. Le chemin clinique. Une route vers l'amélioration continue », *Gestions Hospitalières*, n°453, p92-98.

DRASS, Janvier 2004, « Etre cadre de santé infirmier à l'hôpital aujourd'hui... », *Echo des Stat - Pays de Loire*, n°18.

EVA K-W., 2005, CANADA. Program for Educational Research and Development - Department of Clinical Epidemiology and Biostatistics - McMaster University. Hamilton Ontario. « Ce que tout enseignant devrait savoir concernant le raisonnement clinique. What every teacher needs to know about clinical reasoning », *Pédagogie Médicale*, V6-4, p 225-234.

FAGNET M., août-septembre 2004, « La consultation infirmière », *Objectifs soins*, n° 128, p 24-26

HART J., avril 2008, « Le cadrage type, au service de l'efficience des soins », *Gestions Hospitalières*, n° 475, p 255-260

LEPLEGE A., DEBOUT Ch., mars 2007, « Mesure de la qualité de vie et science des soins infirmiers », *Recherche En Soins Infirmiers*, n°88, p18-24.

MAUPETIT Ch. Et Al., août 2001, « Un nouveau modèle d'enseignement clinique » Etablissement d'enseignement supérieur professionnel de Genève SUISSE, Soins cadres n°39, p 30-32.

MINVIELLE E., février 1998, « gérer la singularité à grande échelle, le cas des patients hospitalisés », *Gestions hospitalières* n°373, pp129-145.

MINVIELLE E., 2000, « Réconcilier standardisation et singularité : les enjeux de l'organisation de la prise en charge des malades. », *Ruptures : Revue Transdisciplinaire En Sante*, V:7, N:1 pp. 8-22.

MOREAU D. juillet-septembre 2000 « Le diagnostic infirmier, "fourre-tout" ou réel témoin d'une spécificité disciplinaire ? », *Soins. Cadres*, n°35, pp. 53-56.

OUELLET N. Aout 2004, « L'infirmière en pratique avancée », *Soins. Cadres*, n° 51

PERRAUT SOLIVERES A., DEHU Y., BRESCIA L., PABOIS A-M., DUCOS F., JOUSSELIN M.A., VIDAL M.T., VEBER-DUBAUX M.C., GUYON E., DEVRIES M., LORRAIN P., CORBET-GORNY S., MESSIAEN PAGOTTO F., et al., septembre 2001, « Dossier : profession infirmière. », *Pratiques- Les Cahiers De La Médecine Utopique*, n°14-15, pp. 5-89.

PIERRE JEANGUIOT N., décembre 2006, « Des pratiques soignantes aux sciences infirmières. », *Recherche En Soins Infirmiers*, n°87, pp. 75-135.

PSIUK T., juin 1995, « Le raisonnement diagnostique dans l'activité quotidienne de l'infirmière. », *Recherche En Soins Infirmiers*, n°41, pp. 17-20.

PSIUK T., décembre 1997, « Le raisonnement clinique de l'infirmier (ère) dans son activité quotidienne : du raisonnement clinique aux concepts. », *Recherche En Soins Infirmiers*, n°51, pp. 12-24.

PSIUK T., septembre 2000, « La formation au raisonnement diagnostique. », *Recherche En Soins Infirmiers*, n°62, pp. 139-141.

PSIUK T., juin 2005, « Vers l'infirmière clinicienne experte... », *Recherche en soins infirmiers*, N° 81, éditorial.

PSIUK T., mars 2006, « La démarche clinique : évolution de la singularité vers l'interdisciplinarité. », *Recherche En Soins Infirmiers*, n°84, pp. 16-28.

REBONDY M-J., avril 1997, « Le diagnostic infirmier ... Comment dire ? », *Gestions Hospitalières*, n°365, pp. 279-285.

SAINT ETIENNE M., aout 2004, « Pour une expertise en soins infirmiers », *Soins. Cadres* n° 51

SAINT ETIENNE M., septembre 2005, « La démarche clinique, éléments d'une clinique en soins », *Recherche en soins infirmiers*, n° 82, p11-15.

STORDEUR S., « Les Magnet hospitals, du soutien organisationnel à la qualité des soins. », *Soins. Cadres*, n°2 spécial, pp 2-5.

TAELS J., VANSCHOOR M., mars 1997, « L'introduction du diagnostic infirmier de la douleur, une aventure d'équipe... : analyse comparative de 2 méthodes de changement. », *Recherche En Soins Infirmiers*, n°48, pp. 90-95.

VALLANCIEN G., novembre-décembre 2005, « Transfert de compétence des médecins vers les infirmiers », *Revue Hospitalière De France*, n°507, pp. 39-40.

VIRGIL RIPOCHE M.A., 2006, « D'exécuter un soin à penser le soin » ou de la difficulté à « mettre en mots » la pratique infirmière, *Recherche en soins infirmiers*, Juin N°85, p 65-76

ZAOUI E., 2004, « Pratique clinique infirmière, opportunité d'une analyse », *Revue Laennec* n°3,

Mémoires de l'ENSP :

FRASSA I., 2005, *Redonner du sens à la fonction du cadre de santé, dans le domaine de la gestion des soins. Comment le directeur des soins peut-il y contribuer ?* Mémoire ENSP de Directeur des soins : Ecole nationale de la santé publique (E.N.S.P.), Rennes, 46p

REYNAUD M., 2003, *Une organisation de la prise en charge innovante au CHU de Montpellier : le projet chemins cliniques*, Mémoire ENSP de Directeur d'Hôpital : Ecole nationale de la santé publique (E.N.S.P.), Rennes, 87p.

Ouvrages :

CROZIER M., SERIEYX H., 1995, « *Du mangement panique à l'entreprise du XXI^e siècle* », Paris, Maxima, Du MESNIL Editeur, 142p.

JUNOD A-F., NENDAZ M-R., HOUSSET B., et al., Aout 2007, *Décision médicale. Ou la quête de l'explicite*, 2^e édition, Genève : Médecine & Hygiène, 270p.

LENG M-C., DUQUESNE F., FADIER M., 1995, *Stratégies de soins : diagnostics infirmiers, objectifs, interventions, résultats*, Paris : Inter Editions, 160p

PHANEUF M., D PH., GRONDIN L., M. Ed., *Diagnostic infirmier et rôle autonome de l'infirmière*, Paris : Etudes vivantes, Editions Maloine, 513p

PATRIARCHE E., TRUCHARD S., BOYER L., NEILZ M., LETAILLEUR C., BOISVERT C., 1997, *Dossier de soins ciblé : Du raisonnement clinique infirmier aux transmissions ciblées*, Paris : Editions Lamarre, 208p.

Liste des annexes

Annexe 1 : Grille d'entretien	p II
Annexe 2 : Evaluation du dossier de soins 2007 au CHLM	p III
Annexe 3 : Evaluation des dossiers de soins au CHG (2007)	p VI
Annexe 4 : Evaluation des pratiques de soins au CHL (2002)	p VIII

Annexe 1

GRILLE D'ENTRETIEN

Je m'interroge sur la pratique infirmière. Je constate que l'infirmière a parfois du mal à faire des liens entre l'état d'un patient et une stratégie de soins personnalisée. Je m'appuie sur des résultats d'évaluation des dossiers de soins et des plaintes de patient.
Questions posées aux CSS - CS – DS - Chef d'unité, IDE

A quoi rattachez-vous la qualité des pratiques de soins infirmiers ?
Existe-t-il une méthode d'évaluation institutionnelle des pratiques infirmières dans votre établissement ? Laquelle ?
Quelles modalités ont été mises en œuvre par la direction des soins sur ce thème ?
Théorie de soins ? Projet de soins ?
Quels sont les éléments d'amélioration de la prise en charge des patients selon vous ?
Que signifie pour vous le concept de raisonnement clinique infirmier ?
Existe-t-il des plans de soins type dans votre établissement ou service ?

La clinique infirmière concerne-t-elle la fonction de cadre de santé ?
Quelle place faites-vous quant à la clinique infirmière dans votre fonction au quotidien ?
Intervenez-vous sur ce sujet auprès des professionnels ?
Comment contrôlez-vous la pratique infirmière ?
Rencontrez-vous des difficultés pour faire ce contrôle ?
Quelles difficultés identifiez-vous auprès des infirmières pour développer le raisonnement clinique ?
Inversement quels facteurs peuvent faciliter cette pratique ?
Y a-t-il des réunions infirmières sur ce sujet ?
A qui le cadre de santé peut-il demander de l'aide ?
Qu'évoquent pour vous les diagnostics infirmiers ?
Que pensent les équipes soignantes de cette question ? Selon vous.
Êtes-vous formés au raisonnement clinique ? Au diagnostic infirmier ?
Estimez-vous que la formation en IFSI permet d'acquérir cette méthode de raisonnement ?

Que pensez-vous de l'évolution des pratiques professionnelles infirmières dans le contexte actuel ? Rapport Berland...

Annexe 2

Evaluation du dossier de soins 2007 au CHLM

Résultats obtenus en 2007

Résultats obtenus en utilisant les grilles d'audit clinique ciblé préparées en lien avec le référentiel de l'HAS sur un nombre d'évaluation demandé aux cadres de santé de 4 dossiers par mois par service, un mois d'été étant exclu.

Evaluation du dossier de soins 2007 au CHLM	Cardio	Ortho	chir sem	chir visc	EHPAD	Gastro	Gériatrie	Gyné co	Med1	Med 2	Onco	Pneumo	Moyenne des 12 unités
N= 44 dossiers par service soit un potentiel de 528 dossiers pour ces 12 unités. 329 dossiers audités soit 62% des résultats attendus.	n=8	n=36	n=40	n=44	n=3	n=26	n=24	n = 32	n=12	n=36	n=28	n=40	
la macro cible "entretien d'accueil" est présente	13%	75%	83%	83%	100%	30%	100%	88%	38%	75%	83%	100%	72%
La synthèse de l'état psychologique du patient à l'admission	0%	46%	71%	42%	100%	13%	100%	100%	25%	50%	67%	100%	59,5%
Les attentes, les priorités ou les préoccupations du patient	13%	33%	54%	38%	33%	13%	100%	94%	0%	8%	33%	20%	36,58%
Les besoins perturbés à l'admission	0%	71%	88%	67%	100%	30%	100%	94%	25%	75%	67%	50%	63,91%
On retrouve une évaluation chiffrée de la douleur au moment de l'admission	38%	79%	79%	67%	100%	73%	100%	100%	33%	67%	75%	100%	75,91%
On retrouve une évaluation chiffrée de la douleur sur la feuille de surveillance au moins une fois par équipe	0%	83%	79%	42%	67%	91%	92%	88%	9%	17%	58%	100%	60,50%
L'apparition d'une douleur entraîne l'ouverture d'une cible	38%	58%	46%	29%	0%	86%	100%	69%	57%	50%	83%	100%	59,66%
La feuille d'évaluation « escarres » renseignée est présente dans le dossier	0%	8%	4%	0%	100%	56%	100%	43%	57%	92%	58%	50%	47,33%
La feuille d'évaluation « escarres » est renseignée dans un délai de 48h	0%	0%	0%	0%	100%	38%	100%	67%	17%	67%	75%	100%	47%
Le soignant est identifié	0%	21%	0%	13%	0	89%	100%	56%	40%	100%	0	100%	

BILAN DU SUIVI DE LA DOULEUR DANS LES DOSSIERS DE SOINS PAR PÔLE AU CHLM (CLUD)**CHIRURGIES 48 dossiers
Orthopédie N et S, chirurgie Viscérale, Chirurgie de semaine, Gynécologie**

Questions	Trim IV 2006	Trim I 2007
Evaluation de la douleur à l'admission	40%	65%
Suivi chiffré de la douleur	44%	65%
Ouverture d'une cible en cas de douleur	46%	68%

**MEDECINE – 63 dossiers,
Oncologie – Cardiologie, Médecine 1 - Médecine 2, Gastro-entérologie - Pneumologie**

Questions	Trim IV 2006	Trim I 2007
Evaluation de la douleur à l'admission	30%	51%
Suivi chiffré de la douleur	29%	43%
Ouverture d'une cible en cas de douleur	40%	50%

GERIATRIE – SSR 24dossiers

Questions	Trim IV 2006	Trim I 2007
Evaluation de la douleur à l'admission	8%	42%
Suivi chiffré de la douleur	0%	21%
Ouverture d'une cible en cas de douleur	37%	33%

SECTEUR ENFANTS – 24 dossiers		
Questions	Néonatalogie 2007	Pédiatrie 2007
Evaluation de la douleur à l'admission	75%	30%
Adaptation de l'outil à l'âge de l'enfant		100%
Evaluation du comportement de l'enfant 1 fois /équipe	100%	
Suivi chiffré de la douleur	33%	30%
Ouverture d'une cible en cas de douleur	40%	33%

BILAN DU SUIVI DE LA DOULEUR DANS LES DOSSIERS DE SOINS - ETABLISSEMENT 1^{er} Trimestre 2007				
Secteurs	Dossiers	Evaluation à l'admission	Suivi chiffré	Ouverture de cible douleur
CHIRURGIES	48	65%	65%	68%
MEDECINES	63	51%	43%	50%
SSR - GERIATRIE	24	42%	21%	33%
SECTEUR ENFANTS	24	52%	31%	36%
TOTAL	159	52%	40%	46%

Annexe 3 : Evaluation des dossiers de soins au CHG (2007)

chiffres en rouge = pénalités		Résultats de l'évaluation du dossier de soins CHG 2007								Evaluateur :					Nombre Services pénalisés
10 critères	Critères d'évaluation: Fiche de transmissions ciblées										Total	%			
	Servic e 1	rea . poly	mater 1+2ad	gyneco	mater BB	Spé chir	Servi ce 2	Neo nat	Onco	HDJ				Cardio	Pneu mo
Identification du patient (étiquette obligatoire)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	100	0
Dates	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	100	0
Heure ou moment	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	100	0
Identification du soignant (Nom de famille)	1	1	1	1	-1	-1	1	1	1	1	1	-1	9	75	3
Grade du soignant	1	1	-1	1	-3	-1	1	-3	1	1	1	1	8	67	4
Transmissions complémentaires du diagramme de traçabilité des soins et non redondantes	1	1	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1	8	67	0
Organisées en DAR (Données, Action, résultats)	1	1	-5	1	1	-2	-2	1	1	1	0	1	8	67	3
Organisées:en MTVSP (Maladie, thérapeutiques, Vécu, synthèse des problèmes) pour les macro cibles	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	7	58	0
Cibles fermées par une Flèche d'arrêt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Résultats en rapport avec la cible,	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	7	58	0
Total des points/ 10	9	9	-2	6	2	-1	5	4	9	7	8	7	63		
Nombre de NA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Total de points de pénalité	0	0	6	0	4	4	2	3	0	0	0	1			

AUTOEVALUATION 2006 CHG Transmissions ciblées

Critères	Nb Dossiers Concernés	Total par critères renseignés	%	NA non adaptés	%de NA/ 144
Identification du patient (étiquette obligatoire)	144	141	97.9%	0	0
Date	144	143	99.3	0	0
Heure ou moment de la problématique	144	104	76.6%	0	0
Identification du soignant (nom de famille)	144	139	96.5	0	0
Grade du soignant	144	147	95.9%	0	0
Transmissions complémentaires du diagramme de traçabilité des soins et non redondantes	138	117	84.7%	6	4.1%
Organisées en DAR	141	115	81.5%	3	2%
Organisées en MTVSP pour les macro cibles	121	54	44.6%	23	15.9%
Cibles fermées par une flèche d'arrêt	118	15	12.7%	26	18%
Données détaillées et complètes	141	120	85.7%	3	2%
Actions détaillées	141	130	92.1%	3	2%
Résultats en rapport avec la cible	141	106	75.7%	3	2%

Annexe 4 : RESULTATS DE L'AUTOEVALUATION DU REFERENTIEL EN SOINS INFIRMIERS CHL (DSSI 2002)

NORMES ET INDICATEURS Conformité : 4, conformité moyenne 3, conformité insuffisante 2, non-conformité 1, NA non applicable	RESULTATS DE TOUS LES SERVICES						NORMES	POURCENTAGE					% Réponses	% Non réponses
	4	3	2	1		NA		4	3	2	1	NA		
1.0 Il existe un Bilan d'autonomie	4	4	3		3		1.0	21,05	21,05	15,79	15,79	15,79	89,47	10,53
1.1 Le bilan d'autonomie est effectué pour chaque patient à son arrivée, réajusté pendant son hospitalisation et à sa sortie, lorsque cela est nécessaire.	1	4	5		5	31.1	1.1	21,05	26,32	26,32	15,79	94,74	5,26	1
1.2 Le bilan d'autonomie est écrit, actualisé, accessible, utilisé :	2	6	1		7	3	1.2	10,53	31,58	5,26	36,84	15,79	100,00	0,00
1.3 Des objectifs de soins sont établis visant le maintien ou la récupération de l'autonomie.	3	5	3		6	2	1.3	15,79	26,32	15,79	31,58	10,53	100,00	0,00
1.4 Les résultats sont notés	3	4	2		8	2	1.4	15,79	21,05	10,53	42,11	10,53	100,00	0,00
								4	3	2	1	NA		
2.0 Il existe un suivi écrit des problèmes et des risques majeurs repérés pour chaque personne soignée.	10	6	2		1	0	2.0	52,63	31,58	10,53	5,26	0,00	100,00	0,00
2.1 Les problèmes prioritaires sont ciblés' douleur' escarres. Risque de chute	13	4	0		2	0	2.1	68,42	21,05	0,00	10,53	0,00	100,00	0,00

							4	3	2	1	NA		
3.0 Il existe un outil d'évaluation des problèmes et des risques majeurs	3	4	1	5	NA	3.0	15,79	21,05	- 5,26	26,32	15,79	84,21	15,79
3.1 L'évaluation de l'état cutané 1 est réalisée à l'arrivée	11	4	0	1		3.1	57,89	21,05	0,00	5,26	15,79	100,00	0,00
3.2 Le nombre d'escarres constituées dans le service est évalué	2	1	3	6	7	3.2	10,53	5,26	15,79	31,58	36,84	100,00	0,00
3.3 Le nombre de chute dans le service est évalué	6	1	1	5	5	3.3	31,58	5,26	5,26	26,32	26,32	94,74	6,26
3.4 le nombre de malades non soulagés est recensé	1	3	2	12	1	3.4	5,26	15,79	10,53	63,16	5,26	100 00	0,00
3.5 Les risques majeurs spécifiques au service sont évalués et suivis	4	5	2	5	3	3.5	21,05	26,32	10,53	26,32	15,79	100,00	0,00
							4	3	2	1	NA		
4.0 Il existe un outil de contrôle de la réalisation des soins de base	12	2	0	1	3	4.0	63,16	10,53	0,00	5,26	15,79	94,74	5,26
4.1 Le contrôle des soins de base peut être fait à tout instant	11	1	0	3	4	4.1	57,89	5,26	0,00	15,79	21,05	100,00	0,00
4.2 les soins de base' sont notés sur le diagramme;	9	3	2	1	4	4.2	47,37	15,79	10,53	5,26	21,05	100,00	000
r													
4.3 Les protocole utilisés sont ceux qui ont été validés dans l'établissement	10	6	0	1	2	4.3	52,63	31,58	0,00	5,26	10,53	100,00	000
4.4 les protocoles sont respects	11	5	0	1	2	4.4	57,89	26,32	0,00	5,26	10,53	100,00	0,00